

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1202

DES ICTUS LARYNGÈS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 juin 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHAZALON JOSEPH

Né à Viviers (Ardèche) le 7 mars 1870

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



BOURG

IMPRIMERIE VEUVE BERTÉA & FILS

15, RUE TEYNIÈRE, 15

—
Juin 1896

DES ICTUS LARYNGÈS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juin 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHAZALON JOSEPH

Né à Viviers (Ardèche) le 7 mars 1870

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



BOURG

IMPRIMERIE VEUVE BERTÉA & FILS

15, RUE TEYNIÈRE, 15

—
Juin 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN
LÉPINE ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie Générale et Histologie		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (Maurice)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. ROCHET.	MM. CURTILLET.	MM. DOYON.
CONDAMIN.	WEILL.	VALLAS.	BARRAL.
COURMONT.	ROUX (G.).	BOYER.	MOREAU.
DEVIC.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé
GANGOLPHE.	ROQUE.	DURAND.	des fonctions d'agrégé.
POLLOSSON (Au.)		COLLET.	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, Président; M. MAYET, Assesseur; MM. ROCHET et COLLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Le syndrome, que nous allons étudier dans ce travail, sous le nom d'ictus laryngé, a reçu des auteurs des appellations diverses, traduisant les idées particulières qu'ils s'en faisaient au point de vue pathogénique. Les termes de vertige, d'épilepsie, de syncope, de lipothymie laryngée, ont été jusqu'ici employés. Pour nous, ces dénominations répondent à des considérations pathogéniques par trop exclusives, erronnées ou incomplètes, nous pensons devoir désormais leur préférer exclusivement celle d'ictus laryngé, proposée par Charcot pour remplacer celle de vertige laryngé, qu'il avait d'abord employée ; elle ne préjuge rien en effet de la pathogénie du phénomène et traduit bien sa physionomie clinique.

En analysant les faits groupés sous la dénomination d'ictus laryngé et répondant cliniquement au syndrome décrit pour la première fois par Charcot, nous avons été frappés de la variété des conditions étiologiques dans lesquelles ils s'étaient produits. Et si nous avons

vu l'ictus laryngé survenir souvent sans cause appréciable, ou en coïncidence avec des lésions des voies respiratoires supérieures banales, nous l'avons aussi rencontré quelquefois au cours de maladies dont il ne semblait être qu'un symptôme, qu'une manifestation spéciale.

Nous l'avons noté, en particulier, dans l'épilepsie et tabes. Nous plaçant donc au point de vue étiologique, nous avons été amenés à penser que l'on pouvait démembrer l'ictus laryngé, distraire de son cadre un certain nombre de faits qui ne lui appartenaient pas et, tentant une classification, faire une place aux ictus secondaires, à côté de celle depuis longtemps tracée à l'ictus essentiel. Une fois l'attention appelée sur ce point, ce groupe des ictus secondaires ira sans doute grandissant aux dépens de l'ictus essentiel, qui ne doit être que temporairement maintenu.

Dans ce travail, intitulé *des Ictus Laryngés*, nous étudierons donc l'ictus essentiel et comme ictus secondaires ou symptomatiques : l'ictus épileptique et l'ictus tabétique.

Nous avons cru bien faire que de placer, à côté des ictus secondaires, l'ictus ou la mort subite, dans les maladies organiques graves du larynx, malgré son peu de ressemblance clinique avec le syndrome ictus laryngé, parce que ces faits nous semblent relever d'une interprétation pathogénique analogue.

L'ictus laryngé n'est pas aussi rare que l'ont pensé la plupart des auteurs. Pour nous, avec Garel et Collet, nous sommes de plus en plus convaincus que le nombre d'observations, relatives à cette affection, se

multiplierait rapidement et serait considérable, si on la cherchait et si on interrogeait minutieusement les malades à ce sujet.

Cette opinion nous paraît confirmée par la lecture des deux nouvelles observations d'ictus laryngé que nous apportons et que nous devons à l'obligeance de M. Garel. Nous voudrions pouvoir poser en règle, qu'en présence d'un malade se plaignant d'une toux chronique, quinteuse et plus ou moins violente, le médecin doive lui demander si parfois les quintes ne s'accompagnent pas de perte de connaissance, auquel cas il serait très probablement atteint d'ictus laryngé, ce que démontrerait ensuite un examen plus complet.

Monsieur le professeur Lépine, a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse : qu'il nous soit permis d'adresser à ce Maître éminent, l'expression de notre respectueuse gratitude.

L'idée première de ce travail d'ensemble sur *les Ictus laryngés*, revient à M. le Professeur agrégé Collet : ce mémoire a été écrit sous son inspiration. Nous sommes heureux de lui exprimer toute notre reconnaissance pour la bienveillante et sympathique sollicitude qu'il nous a témoigné dans la direction de ce travail en nous prodiguant son temps et ses conseils, et en nous faisant part de ses idées personnelles sur cette difficile question.

M. le Docteur Garel, médecin des Hôpitaux, nous a prouvé sa haute bienveillance, en nous communiquant deux observations inédites d'ictus laryngé essentiel. Nous tenons à présenter à ce savant maître, l'hommage de notre sincère reconnaissance.

Comme externe des Hôpitaux, nous avons toujours reçu sans mesure les marques d'intérêt et de sympathie de M. Gailleton, professeur de dermatologie, et de M. Vallas, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux. Nous les prions de vouloir bien croire à notre attachement et accepter nos remerciements, pour les enseignements cliniques qu'ils nous ont donnés avec tant de zèle.

Nous n'oublierons pas nos maîtres de la Faculté. A tous envoyons aujourd'hui, l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

DES ICTUS LARYNGÉS

CHAPITRE I^{er}

Historique

L'histoire de l'ictus laryngé comprend trois grandes périodes, chacune d'elle étant dominée par une conception pathogénique particulière.

La première période s'étend de 1876 à 1880. C'est celle de la découverte et des débuts. Charcot (1), le premier, à propos de deux malades, qu'il avait lui-même observés, signale et décrit sous le nom de vertige laryngé le syndrome que nous nous proposons d'étudier dans ce travail. En 1878 Gasquet (2) publiait

(1) Les numéros placés après les noms d'auteur, correspondent aux numéros de l'index bibliographique.

le troisième cas d'ictus laryngé. En 1879 Charcot (1) rapportant ce dernier cas y ajoutait deux observations nouvelles. C'est alors qu'il crû devoir préférer la dénomination d'ictus laryngé à celle de vertige laryngé. Durant cette période, on en fait un vertige que l'on s'efforce de rapprocher de celui de Ménière ; on le considère exclusivement comme essentiel.

Charcot cependant, en faisant entrevoir la possibilité de le rencontrer au cours du tabes, laisse déjà soupçonner les ictus laryngés symptomatiques et la deuxième période.

Cette deuxième période dure 4 ans, de 1880 à 1884. Alors apparaissent et s'établissent les ictus secondaires. En 1880 Krishaber (3) et en 1881 Cherehewski (4) s'inspirant des idées de Charcot, décrivent l'ictus laryngé tabétique en faisant du reste jouer dans cet accident un rôle par trop prépondérant aux phénomènes spasmodiques du côté de la glotte. En 1882, Lhosté (5) et en 1884 Giraudeau (6) reviennent sur le même sujet dans leurs thèses inaugurales.

Pendant ce temps en 1882, paraissaient deux nouveaux cas d'ictus essentiels dûs à Chamberlain (7) et à Krishaber (3). Et la même année Landon, Carter Gray (8) publiait le premier cas d'ictus laryngé chez un épileptique. L'année suivante, en 1883, Bianchi (9) en signalait un autre dans les mêmes conditions. Ces deux observations d'ictus laryngé, les deux seules connues dans la littérature médicale comme étant survenues chez des épileptiques, ouvrent une phase nouvelle dans l'étude pathogénique de l'ictus laryngé. On tend dès lors à en considérer tous les cas comme étant d'origine

épileptique ; et on en fait soit une épilepsie larvée, soit une épilepsie partielle. En 1883 paraissent les deux cas de Lefferts (10), et l'année suivante les cas de Mac Brider (11) et de Russel (12).

En 1884 commence la troisième période de l'histoire de l'ictus laryngé. Elle est marquée par une étude approfondie des troubles circulatoires et par la grande importance attribuée aux lésions matérielles des voies respiratoires supérieures. L'ictus laryngé n'y est plus considéré comme une manifestation exclusive de l'épilepsie. Massei (13), en signalant une nouvelle observation personnelle, parle le premier dans ce sens au cours d'un mémoire paru en 1884.

En 1886, Knight (14) publie deux cas dont l'un concerne une femme ; l'année suivante paraissent les deux observations de Thermes (14 *bis*) et celle de Dauwin (15). En 1888 Weill (16) rapporte une observation intéressante.

En 1889 Garel (17) publie sa première observation ; la même année Armstrong (18) réunit sous le nom de syncope laryngée les vingt cas connus d'ictus laryngé et en ajoute un personnel dans un travail où il conclut à l'insuffisance de la théorie circulatoire. Cette année là également, Cartaz (19) fait part de deux nouvelles observations.

En 1890 paraît le mémoire d'Aguano (20) qui attribue, comme Masséi, leur véritable rôle aux lésions laryngobronchiques. En 1891 le cas de Roquer Casadesus (21). Presque en même temps Gleitsman (22) 1891 et Adleo (23) en 1892 viennent très heureusement compléter ces données en montrant le rôle de la

luette. Puis en 1892 paraissent les cas de Nowcombe (24), de Philipps (25) et les cinq cas de Ruault (26). En 1893 Gamau (27), Odriozola (28) et Ed. Kurz (29), signalent trois nouvelles observations.

En 1894, Garel et Collet (30), dans un important mémoire, réalisant le premier travail d'ensemble sur la question, signalent vingt-deux cas nouveaux, dont l'un chez un malade manifestement tabétique. La même année, Leclerc (31), publie une observation nouvelle.

En 1895 paraît le cas de Merklen (32), et Bédos (33), dans sa thèse inaugurale, apporte deux observations inédites, l'une due à Larmoyez et l'autre prise par l'auteur dans le service de Merklen. A cette liste d'ictus laryngé que nous croyons complète, nous sommes heureux de pouvoir ajouter les deux nouveaux cas que M. Garel vient d'observer dans son service et qu'il a bien voulu nous communiquer. Durant cette troisième période, rien à signaler au point de vue de l'ictus laryngé des épileptiques ; quant à l'ictus laryngé tabétique, Munschina (34) et H. Bürger (35) nous semblent être les seuls qui se soient occupés à nouveau de la question.

Telle est, brièvement résumée, l'histoire de l'ictus laryngé, considéré dans une première phase comme un vertige, dans une seconde comme une manifestation épileptique et dans une troisième enfin comme un phénomène de cause variable, souvent conséquence de lésions matérielles des voies respiratoires supérieures et des troubles circulatoires qu'elles provoquent.

Nous n'ajouterons qu'un mot relatif à l'histoire de l'ictus, ou mort subite dans les affections organiques

graves du larynx. Cet accident a été depuis longtemps et souvent signalé. Pour ne pas sortir de l'époque qui correspond à celle de l'ictus laryngé, nous citerons d'abord le nom de Fauvel (36), qui en donne plusieurs observations dans son traité pratique des maladies du larynx, en 1876. L'année suivante Isambert (37) en signale deux cas.

En 1879 paraît le cas de Krishaber (3).

En 1886 on en trouve un cas signalé par Schwartz (38), dans une étude sur les tumeurs du larynx, en 1889. Mais il faut arriver jusqu'à R. Botey (39) pour avoir la première étude de la mort subite survenant dans ces conditions.

Trois ans plus tard, en 1891, Caillard (40) revient sur le même sujet dans une étude sur la mort subite dans les affections laryngo-bronchiques, qui croyons-nous, représente le dernier travail se rapportant à la question.

CHAPITRE II

Etiologie

Au point de vue étiologique, nous distinguons deux sortes d'ictus laryngés : l'ictus primitif, idiopathique, essentiel ; et les ictus secondaires ou symptomatiques.

1. — ICTUS ESSENTIEL

On est convenu d'appeler ictus laryngé essentiel celui qui se montre en dehors de toute maladie organique ou fonctionnelle du système nerveux et en dehors des lésions marquées et profondes du larynx ; l'origine du trouble nerveux, qui préside à ses manifestations, restant ici d'ailleurs problématique ou tout-à-fait inconnue dans le plus grand nombre de cas.

Il se rencontre beaucoup plus chez les hommes que chez les femmes. Sur nos 48 observations, nous trouvons 2 femmes seulement.

En ce qui concerne l'âge auquel l'ictus fait son ap-

parition, notre statistique nous amène à une moyenne de 47 ans. Comme âges extrêmes, nous trouvons d'une part 17 ans, et d'autre part 72 ans. Sur les 47 malades dont nous connaissons l'âge, 10 avaient moins de 40 ans, 15 avaient de 40 à 50 ans, 23 avaient plus de 50 ans. Somme toute, l'ictus laryngé est surtout fréquent au-dessus de 50 ans : un peu plus des deux cinquièmes des cas apparaissent au-dessus de cet âge ; des trois cinquièmes restant, dans l'un les malades n'atteignent pas 40 ans, et les deux autres s'échelonnent entre 40 et 50 ans. « En somme, cette étude de l'ictus laryngé dans ces rapports avec l'âge des malades est intéressante parcequ'elle nous montre leur plus grande fréquence à la période de la vie où on observe de préférence les bronchites chroniques et l'hémorrhagie cérébrale, et où, par contre, l'épilepsie fait rarement son apparition ».

Nous aurions voulu apprécier les rapports de l'ictus laryngé, avec les professions ; malheureusement, près de la moitié des observations sont muettes à ce point de vue. Dans les vingt-quatre qui les mentionnent, nous trouvons six fois seulement une profession non sédentaire (officier, amiral, voyageur de commerce, etc...) et 18 fois une profession nettement ou relativement sédentaire (épicier, tailleur, commerçant, prêtre, etc.). C'est donc avec une certaine raison que Garel et Collet font remarquer que l'ictus survient le plus souvent chez les malades qui ont une profession sédentaire, puisque dans un quart seulement des cas, on constate une vie active.

Dans les antécédents héréditaires, nous ne relatons

rien de particulier au point de vue nerveux. Dans une seule observation, nous relevons un cousin mort dans un asile d'aliénés; dans deux autres, les parents sont morts d'apoplexie. Mais, plus fréquemment nous avons retrouvé du côté de la famille, les manifestations de l'arthritisme : nous avons deux fois le rhumatisme (observation XII, XXI); une fois la goutte (XXIV); trois fois le diabète (XXII, XXV, XXXII); trois fois l'asthme (XXII, XXXI, XXXIII). Dans six observations, nous trouvons consigné du catarrhe pulmonaire (XIII, XXIX, XXXI, XXXVI, XL, XLVIII).

Quant aux antécédents personnels, c'est encore l'arthritisme, sous ses diverses formes, qui semble favoriser le plus l'éclosion de l'ictus laryngé. Nous trouvons signalés : neuf fois la goutte (I, XIII, XIV, XV, XXVIII, XXXIV, XL); cinq fois le rhumatisme (III, XXIV, XXIX, XXX, XL); quatre fois le diabète (XXXII, LXIII, XLVII, XLVIII); sept fois l'obésité (XII, XIII, XIX, XXIII, XXXIII, XLI, XLII); trois fois l'asthme (III, XII, XL); une fois les coliques hépatiques (XIV). Le malade de l'observation XL, sujet aux bronchites chroniques depuis sa jeunesse, présente depuis 20 ans, un ézéma lichenoïde des avant-bras, de la sciatique et des douleurs musculaires. Dans six observations, l'arthritisme est noté sans spécification de forme (VII, XIX, X, XI, XXXVIII, XLV).

Au point de vue nerveux, il n'y a rien de bien particulier à signaler. Dans cinq observations (XXIV, XXV, XXXV, XLI, XLIV) on rencontre des malades impressionnables, très nerveux même, mais toujours sans névrose nettement caractérisée : dans les deux autres, les malades se sont beaucoup surmenés (XXIV, XXVI). L'alcoo-

lisme est noté six fois (xii, xiii, xv, xxix, xli, xliii) ; la syphilis 5 fois (vi, xxvi, xliii, xliv, xlvii).

L'examen des voies respiratoires supérieures et du poumon n'est pas sans intérêt.

Dans la plupart des cas, en effet, on trouve quelques lésions, pouvant provoquer la toux.

Du côté du nez, on trouve de la rhinite postérieure (xxii) ; de la déviation de la cloison (xxxviii, xxxix) ; des polypes (xxi, xxxv) ; de l'empyème des sinus (xliiii).

Du côté du pharynx, on note l'élongation ou l'hypertrophie papillonnaire de la luette (xxii, xxxiii) ; l'hypertrophie des amygdales (xxxvi) ; l'hypertrophie de l'amygdale linguale (xiv, xxxvi) ; des granulations du pharynx ou de la pharyngite sèche (viii, xiv, xxii, xxiv, xxv, xxvi, xxvii, xxxi, xxxix, xlv) ; des poussées d'angines glanduleuses (vii). Du côté du larynx, on a trouvé de la rougeur des cordes (iii, xiv, xix, xxiv, xxxi, xxxiv, xxxvii, xxxviii, xxxix, xlv, xlvii) ; de la congestion du vestibule (xiii) ; du laryngo-spasme (xxxix) ; de la laryngite chronique (xlv).

Du côté des poumons, l'examen objectif comme l'interrogatoire, mettent le plus souvent en évidence une affection chronique. Plus des trois quarts des malades, c'est-à-dire à peu près tous, sont de vieux tousseurs emphysémateux, catarrheux, sujets aux bronchites récidivantes, revenant tous les hivers depuis 5, 10, 15 ans ; et il n'est pas rare de voir l'ictus ou une série de crises coïncider avec l'une de ses recrudescences. La tuberculose est notée 2 fois (xxix, xxxviii). D'autre part, les ictus se sont montrés souvent au cours d'une affection aiguë des voies respiratoires : laryngite aiguë (iiii, xvi,

xxi, xxiii); bronchite aiguë (xv, xviii, xix, xxvii, xxviii, xxxi, xxxiii, xxxiv, xxxvii, xlii) ; dans deux cas, ils ont eu lieu au cours d'une coqueluche (x, xi).

Au point de vue des causes prochaines, déterminantes des accès, les influences les plus diverses ont été notées. Pour certains malades, la position paraissait avoir une certaine influence sur la production de l'attaque : les uns étaient assis, les autres debout, d'autres couchés ou assis dans leur lit ; pour d'autres, cette influence ne semblait pas exister, et ils prenaient leurs accès tantôt dans la position assise, tantôt dans la position debout.

On a remarqué l'action des repas dans un grand nombre de cas, les accès se montrant soit pendant, soit un peu après le repas. Plusieurs malades n'avaient leur accès que la nuit, soit au moment du coucher, soit au milieu de la nuit, soit au lever. L'air froid, l'air surchauffé, les odeurs fortes, la fumée du tabac, le rire aux éclats, le fait de se retenir de rire et bien d'autres causes enfin ont été accusées.

Mais, disons-le, bien souvent aussi, les accès se déclarent sans qu'aucune cause immédiate, même la plus banale, puisse être invoquée.

II. — *Ictus secondaires ou symptomatiques*

1. — *Ictus tabétique*

A part une autopsie négative d'Oppenheim, le bulbe, au niveau des noyaux d'origine du spinal et du pneumogastrique, sous le plancher du quatrième ventricule, a invariablement été trouvé sclérosé et atrophié

dans les autopsies des sujets ayant présenté des manifestations laryngées. On a pu, en outre, poursuivre ces mêmes lésions le long des racines et du tronc de ces nerfs ; mais, tandis que le récurrent s'est montré encore plus souvent envahi que le nerf vague lui-même, jusqu'ici le laryngé supérieur a été très rarement trouvé atteint. Luc dit même qu'il a toujours été trouvé indemne.

Ces lésions donnent lieu à des symptômes variés consistant : soit en des paralysies musculaires, soit en des troubles de la coordination des mouvements du larynx ; soit en accès de toux ; soit en accidents spasmodiques ; elles peuvent enfin donner lieu à l'apparition du syndrome ictus laryngé, dont nous avons exclusivement à nous occuper ici.

Hâtons-nous de le dire, il est rare et presque exceptionnel, si nous ne faisons rentrer dans son cadre que les cas d'ictus répondant au type classique de Charcot. C'est qu'en effet depuis lors bien des auteurs ont fait dévier le terme d'ictus laryngé de son acception première ; ils en ont élargi le sens et ont appliqué indifféremment cette dénomination à tous les cas de perte de connaissance, s'accompagnant de manifestations laryngées, que cette perte de connaissance relève d'une action nerveuse ou soit la conséquence d'une asphyxie purement mécanique, engendrée par des quintes de toux violentes, prolongées et plus ou moins répétées ou par un spasme glottique d'intensité variable. On a fini par appliquer cette dénomination à toute crise laryngée tabétique, à tout accident laryngé-spasmodique (toux, spasme glottique) sans qu'il soit même suivi d'obnubi-

lation, de sensation de vertige ou de perte de connaissance. Dans cet ordre d'idées on entend Krishaber appeler « laryngisme de l'adulte » l'ictus laryngé comme si le spasme de la glotte était le fait principal, caractéristique, nécessaire de l'ictus laryngé. On lit dans la thèse de Giraudeau, parlant de l'ictus laryngé dans le tabes : « ces quintes coqueluchoïdes peuvent constituer à elles seules l'ictus laryngé, mais souvent elles s'accompagnent d'une menace de suffocation qui entraîne la chute du malade ; » et quelques lignes plus loin il ajoute : « un degré de plus et la chute s'accompagne de perte de connaissance ». Sans doute, ainsi entendu, l'ictus laryngé est d'une certaine fréquence au cours du tabes. Mais nous pensons avec Charcot que l'on doit réserver ce nom aux cas où la perte de connaissance n'est pas sous la dépendance directe de l'asphyxie engendrée par la toux ou le spasme et peut être rapportée à une action nerveuse réflexe à point de départ laryngé. Encore une fois, l'ictus laryngé est essentiellement et avant tout un phénomène cérébral sous la dépendance d'un trouble laryngé pouvant sans doute s'associer aux diverses crises laryngées tabétiques, mais pouvant aussi se manifester isolément ou en dehors d'elles.

Ainsi compris, l'ictus laryngé est très rare au cours du tabes. Et ne pourrait-on pas trouver quelque raison à cette rareté clinique dans ce fait d'anatomie pathologique, que le laryngé supérieur, le seul nerf du larynx à action centripète et, partant, le seul susceptible d'agir sur les centres par action réflexe, a été très rarement trouvé atteint de lésions dans les autopsies de tabé-

tiques morts après avoir présenté des manifestations laryngées ?

Toutefois, l'ictus laryngé existe chez les tabétiques. Charcot, le premier, l'a mis en évidence dans ses leçons du mardi ; d'autres auteurs l'ont signalé après lui. Ne serait-il pas, d'ailleurs, logique de conclure *à priori* à sa réalité ? Les accès de vertiges et les accès apoplectiformes d'origine centrale sont trop fréquents comme symptômes de la période préataxique du tabes, pour que l'on ne puisse pas admettre que cette sorte de prédisposition des tabétiques à la sidération nerveuse soit susceptible d'être mise en jeu à propos de troubles fonctionnels primitifs d'un organe autre que l'encéphale.

D'une façon générale, on peut considérer cet accident comme un symptôme de début dans l'évolution du tabes. A ce point de vue, l'ictus laryngé mérite de figurer à côté des autres accidents laryngés ; comme eux, il peut apparaître en pleine période ataxique ou prélude à tout autre symptôme et constituer l'entrée en scène du tabes. Mais, nous le répétons, nous ne saurions considérer l'ictus laryngé que comme une rareté, alors que l'élément spasmodique semble, au contraire, avoir une prépondérance fort marquée dans les accidents laryngés du tabes.

2. — *Ictus laryngé épileptique*

Jusqu'ici, nous avons négligé, dans notre travail, d'envisager les rapports de l'ictus laryngé essentiel avec l'épilepsie. Nous croyons le moment venu de les déterminer. Quelques auteurs, en effet, à une certaine

époque, ont considéré l'ictus laryngé exclusivement comme une forme d'épilepsie soit larvée, soit partielle, en raison des phénomènes épileptiformes qui peuvent l'accompagner quelquefois. Sans doute, nous ne voyons aucun inconvénient à cela, si l'on emploie le terme d'épilepsie dans le sens large de phénomène de décharge consécutif à l'excitation des cellules corticales par une cause quelconque chez un individu prédisposé ; mais, si on lui attache le sens particulier d'épilepsie-névrose, que généralement on lui donne, nous croyons pouvoir rejeter résolument cette opinion et considérer l'ictus laryngé essentiel comme radicalement différencié d'une crise d'épilepsie. Une série de considérations cliniques parlent dans ce sens.

Et d'abord, les antécédents héréditaires et personnels des malades atteints d'ictus laryngé essentiel ne révèlent rien qui se rattache à l'épilepsie. Non seulement, celle-ci fait toujours défaut, mais encore toute tare nerveuse n'est pas, le plus souvent, sinon jamais, signalée. Nous n'avons, du reste, qu'à nous reporter au chapitre de l'étiologie pour nous convaincre de ce qu'est peu démonstrative la recherche des antécédents nerveux de ces malades.

De plus, tandis que l'épilepsie fait son apparition à l'époque de l'adolescence ou de la puberté, nous avons vu qu'au contraire les malades atteints d'ictus sont des hommes d'âge mûr de 45 à 50 ans en moyenne et qu'ils en ont éprouvé les premières manifestations à une date peu éloignée.

La marche de l'affection donne des renseignements qui cadrent bien avec les précédents.

Les accès d'ictus sont le plus souvent rares et espacés; ils affectent, avec la marche de l'affection des voies respiratoires, un parallélisme remarquable. Tout cela n'est-il pas difficilement explicable dans l'hypothèse de l'épilepsie ?

Ajoutons que les caractères présentés par la crise elle-même sont fort différents dans l'ictus laryngé et dans l'épilepsie. Si nous décomposons la crise d'ictus laryngé en ses principaux éléments, nous trouvons, en effet, que le chatouillement qui précède toujours l'ictus et qui, dans l'hypothèse de l'épilepsie, serait une aura prémonitoire, est toujours le même, qu'il s'agisse de quintes ordinaires où l'épilepsie ne peut être en cause, ou de quintes aboutissant à la perte de connaissance. De plus, toujours dans la même hypothèse, on devrait voir survenir immédiatement après l'aura, d'abord la perte de connaissance et puis les phénomènes convulsifs; or, dans l'ictus, c'est le contraire qui se produit, la perte de connaissance arrivant toujours après une quinte ou même une série de quintes de toux, celle-ci, d'ailleurs, étant considérée comme le phénomène convulsif de la crise. Et, d'autre part, on ne trouve rien, dans l'ictus laryngé, qui corresponde à la phase des convulsions toniques. Quelquefois, cependant, il existe un certain degré de spasme glottique; mais alors, il devrait précéder les secousses de toux, tandis qu'il se répartit sur toute la durée des quintes.

Notons, en outre, que l'aspect de la face n'est pas le même pendant l'ictus laryngé et pendant une crise épileptique. Durant le premier, on observe d'abord de la congestion, puis de la pâleur; dans l'épilepsie, on constate précisément l'inverse. De plus, nous avons vu

que dans l'ictus laryngé il n'y avait jamais de morsure de la langue et que, dans une seule observation, on signalait des évacuations involontaires.

Enfin, nous avons vu également plus haut, qu'en général, l'ictus laryngé n'était suivi d'aucune lassitude, d'aucune dépression, d'aucun phénomène d'épuisement, suites forcées de la crise d'épilepsie.

Cet ensemble de considérations cliniques est, croyons-nous, plus que suffisant pour différencier les deux attaques. Aussi, nous croyons-nous autorisés à maintenir l'ictus laryngé essentiel comme une classe à part et à ne pas le faire entrer dans l'étude de l'ictus laryngé épileptique.

L'ictus laryngé est assez rare comme manifestation de l'épilepsie. Malgré nos recherches, nous ne sommes parvenus à en recueillir que les deux cas de Landon Carter Gray et de Bianchy. Celui de Gray concernait un jeune homme franchement épileptique, très probablement à la suite d'une blessure du crâne par arme à feu et qui, à un moment donné, présenta des accès que rien ne permettait de distinguer symptomatologiquement des crises d'ictus laryngé essentiel. Quant au cas de Bianchi, il est ainsi traduit et résumé dans le mémoire de Garel et Collet :

« Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, très nettement épileptique. Son père souffre depuis longtemps d'asthme nerveux. Une sœur épileptique. Depuis neuf mois, il prenait des crises d'épilepsie sans phénomène laryngé ; au début, elles survenaient même deux fois par semaine. Elles étaient suivies de délire, de périodes plus ou moins longues d'inconscience, dont le malade ne gardait aucun souvenir. Plus tard, les accès s'espacent, deviennent in-

complets, puis on observe une recrudescence en même temps qu'un changement dans le caractère du malade. Après une période d'accalmie surviennent des accès débutant par une sensation d'oppression, par un « spasme à la gorge », et par une perte de connaissance ; absence de convulsions, remplacées par une toux spasmodique accompagnée d'une véritable bronchorragie. Cinq attaques de ce genre se renouvellent, différant cependant de la première par l'absence de perte de connaissance. Elles étaient précédées d'une grande prostration, débutaient par l'oppression et le spasme laryngé ; alors survenait une toux spasmodique, prolongée, à timbre métallique et à inspiration fortement sifflante. L'hémorrhagie s'installait et tout était fini au bout d'une heure ou une demi heure. Il ne restait plus que quelques rares secousses de toux, quelques crachats sanguinolents et une prostration qui se prolongeait quelquefois un jour entier. L'examen du thorax et du larynx a toujours été négatif. Aucun trouble sensitif ou sensoriel. Au moment où Bianchi écrivait son mémoire, le malade n'avait pas eu d'accès depuis trois mois, et ne présentait plus, de remarquable, qu'un appétit vorace et quelques singularités de caractère. En somme, son malade était nerveusement épileptique, et il n'a présenté qu'un seul ictus vrai, avec perte de connaissance, terminé par une abondante hémoptysie ».

Tels sont les seuls documents que nous possédons à ce point de vue. En considération de leur petit nombre, nous pensons qu'il est bien prématuré encore d'établir une étiologie de l'ictus laryngé épileptique. Les deux observations précédentes ne nous permettent que d'en affirmer l'existence en attendant que des recherches ultérieures et des observations plus nombreuses parviennent à combler cette lacune.

On remarquera que nous ne rattachons pas à l'ictus épileptique le cas de Sommerbrodt. Les accidents de son malade ne sont autre chose qu'une attaque d'épilepsie, provoquée par la présence d'un polype sur une corde vocale et se manifestant sans doute avec tous les symptômes de la crise épileptique ordinaire, mais n'ayant rien, à part la perte de connaissance, de commun avec l'ictus laryngé. Il est expressément noté dans l'observation, que ces accidents ne sont jamais précédés d'aucune aura ; on n'y note pas la moindre sensation laryngée et la toux fait toujours défaut. D'ailleurs, pour Sommerbrodt, lui-même, les manifestations épileptiques de son malade seraient la conséquence d'un processus asphyxique, consécutif à une obstruction de la glotte par le fait de l'interposition du polype entre ses lèvres quand le malade était dans le décubitus dorsal. Par sa symptomatologie, comme par sa pathogénie, ce cas se distinguerait donc d'une façon absolue de ce que nous entendons par ictus laryngé.

3. — *Ictus laryngé ou mort subite dans les affections organiques graves du larynx.*

Cette catégorie d'ictus laryngé s'éloigne certainement beaucoup au point de vue clinique, des formes précédentes. Ici l'ictus est unique et il est fatal. De plus, il importe de remarquer que, chez les sujets atteints de lésions chroniques laryngées graves, la mort subite survient sans qu'il soit possible de soupçonner sa cause déterminante immédiate ; elle n'est précédée d'aucun signe d'irritation laryngée, d'aucune secousse de toux.

Le malade s'affaisse tout à coup et meurt ; et il est impossible de soupçonner pourquoi cette mort arrive à ce moment plutôt qu'à un autre. Cependant, malgré la physionomie clinique toute particulière de ces cas de mort foudroyante, nous croyons devoir les rapprocher des accidents, que nous avons étudiés jusqu'ici, en raison de l'analogie de leur interprétation pathogénique.

Mais, avant tout, disons ce que nous entendons ici par mort subite. On a observé la mort subite dans ces processus morbides par un violent et rapide accès de suffocation consécutif à un spasme de la glotte, ou à l'interposition entre ses lèvres d'un volumineux fragment de tumeur, ou encore à un œdème subaigu du larynx etc., etc. Ces divers cas, relevant d'une asphyxie purement mécanique nous les éliminons de notre cadre.

Nous réservons la dénomination d'ictus laryngé aux cas où la mort subite survient tout d'un coup, sans phénomènes de sténose appréciables, sans cornage, souvent même sans la moindre dyspnée et sans que l'autopsie découvre dans les cavités thoraciques, abdominales et encéphaliques, rien (à part la lésion laryngée), qui puisse expliquer cette mort foudroyante.

Parmi les lésions laryngées, qui s'accompagnent de pareil dénouement, il faut citer en première ligne le cancer, le sacrome, la tuberculose les rétrécissements syphilitiques du larynx.

La mort peut survenir foudroyante à toutes les périodes de la maladie soit alors que les phénomènes respiratoires font encore défaut, soit après qu'ils ont été

mis hors de cause, depuis un laps de temps variable, par la trachéotomie ; elle peut aussi survenir alors que le malade est sous le coup d'une profonde débilitation, engendrée par les hémorrhagies, l'absorption de produits putrides, une hématoïse insuffisante, etc... En d'autres termes, elle peut se produire en pleine période cachectique, comme au moment où il n'existe pas encore la moindre dénutrition.

Les causes occasionnelles déterminantes de ces accidents sont le plus souvent impossibles à établir. Comme cause d'irritation laryngée, on a invoqué la présence dans le larynx d'un petit fragment de tumeur, d'un bourgeon charnu, de mucosités épaisses, ou l'introduction involontaire de quelques morceaux d'aliments ou de parcelle liquide, chose facile car dans ces maladies on avale souvent de travers ; d'autres fois une émotion morale vive, un mouvement brusque en avant semblent avoir joué un rôle dans l'apparition de l'accident ; dans d'autres cas enfin, on a accusé une irritation brusque du larynx par une congestion rapide, par le froid, ou encore par les poussières atmosphériques.

La mort subite dans les maladies organiques graves du larynx n'est pas rare : elle est depuis longtemps signalée. Fauvel, Isambert, Krishaber, Bryson-Delavan, Schwartz en citent plusieurs cas. Nous n'en rapporterons que les quatre observations suivantes, empruntées aux mémoires plus récents de R. Botey et de Caillard, et qui d'ailleurs nous ont paru les plus démonstratives à cet égard.

OBSERVATION

Botey. — Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, n^{os} 17 et 18, 1889. Résumée.

Miret R.... 26 ans, maçon ; le 7 mars 1888.

Un frère en parfaite santé ; un autre frère mort phthisique ainsi que sa mère et sa grand'mère maternelle. Pas de commémoratifs pathologiques, mais abus de coït.

Début de la maladie actuelle il y a 2 ans, par plusieurs petites ulcérations de la bouche qui n'ont cessé de s'étendre. Actuellement l'aspect du malade est celui d'un tuberculeux. Infiltration des sommets. Outre les ulcérations de la lèvre et de la joue qui ont l'une des dimensions de 13 à 14 millimètres, et l'autre 4 centimètres de longueur et 1 centimètre de largeur, le malade présente de la stomatite et de la gingivite, déterminant une salivation abondante. La base de la langue, le voile du palais, la luette, les piliers, les amygdales légèrement infiltrés présentent disséminées des granulations miliaires et de petites ulcérations superficielles ou profondes, rondes ou irrégulières couvertes parfois d'exsudat caséux. L'épiglotte peu infiltrée est le siège de deux petits ulcères gros comme une tête d'épingle. Les cartilages aryénoïdes et les replis ary-épiglottiques sont modérément infiltrés avec quelques rares ulcères glandulaires. Le vestibule, rouge vif, est sans ulcération apparente ; les bandes ventriculaires sont infiltrées avec un grand ulcère profond de 7 millimètres de longueur environ. Cordes vocales hypertrophiées, rouges, méconnaissables, mais sans ulcération. Pas de sténose organique ou névropathique. En d'autres termes, le calibre de la glotte est plus que suffisant à la respiration de cet individu.

Malgré l'absence d'antécédents syphilitiques, traitement mixte spécifique pendant longtemps sans aucun résultat. Puis traitement général reconstituant des tuberculeux

et comme traitement local, insufflations d'iodoforme sur les ulcères et badigeonnages à la cocaïne.

Au bout de 15 jours ou 3 semaines de ce traitement, le malade avait recouvré un peu de force et d'embonpoint, lorsque le 25 mars, en écrivant une lettre, il laissa tout-à-coup tomber la tête sur la table sans prononcer un seul mot, sans la moindre convulsion. Il était mort subitement comme le déclara le médecin appelé en toute hâte après l'avoir longuement examiné.

OBSERVATION

(in thèse *Caillard*. Paris 1891-92)

L..., Eugénie, 40 ans, ménagère.

Syphilis remontant à 1882. Depuis divers accidents syphilitiques (plaques muqueuses, etc.),

En décembre 1889, gêne considérable de la respiration; cornage laryngé sans tirage. Ces phénomènes remontaient à quelques mois, mais n'avaient pas empêché jusqu'alors la malade de travailler. Elle est admise à l'hôpital immédiatement. A 10 heures du soir, sans plainte, sans gémissement, elle se lève de son lit, fait quelques pas dans la salle et tombe comme une masse. L'interne de garde ouvre la trachée, quoique la malade n'ait plus ni mouvement respiratoire, ni pouls; mais malgré toutes les tentatives de respiration artificielle, il ne peut ramener L..., à la vie.

A l'autopsie, on a constaté l'intégrité parfaite de tous les organes contenus dans les cavités crânienne, thoracique et abdominale.

Le cœur était vide de sang, contracté en systole et assez volumineux (275 gr.). L'examen montre un rétrécissement fibreux assez notable de l'orifice glottique, toutefois il est possible d'y passer l'extrémité du petit doigt. La corde vocale gauche présente à sa partie moyenne une très petite ulcération qui repose sur un tissu jaunâ-

tre, mou. Sur les coupes du larynx on ne note aucun autre désordre anatomique.

OBSERVATION

(in thèse, *Caillard*, Paris, 1891-92)

B... (Ferdinand), maçon, 37 ans.

Pas de syphilis. Alcoolisme : depuis plusieurs années, pituites matinales, cauchemars effrayants et crampes douloureuses la nuit.

Extrêmement vigoureux jadis, il a vu, depuis trois mois surtout, ses forces décliner. Sa voix s'est modifiée ; il a perdu l'appétit et s'est mis à maigrir, à tousser et à suer la nuit.

Actuellement (13 février 1892) : gêne pour respirer. La respiration est un peu bruyante, mais aucun phénomène de tirage. La toux provoque, au niveau du larynx, une sensation pénible de cuisson, de déchirure. Salivation abondante ; déglutition fort pénible. A l'examen de la région laryngée, aucune particularité anormale. Signes d'infiltration bacillaire en l'espèce du sommet droit. Bruits du cœur normaux, peu fréquents. Rate et foie volumineux.

A l'examen laryngoscopique : laryngite tuberculeuse avec léger épaississement de la muqueuse et quelques petites ulcérations sans végétations, ni occlusion glottique. L'épiglotte est aussi légèrement boursoufflée et ulcérée.

Jusqu'au 20 février, aucune modification.

Ce jour-là, à sept heures, il se plaint d'une sensation de barre au-devant de la poitrine. La respiration est diminuée de fréquence (16) et le pouls ne bat plus que 55 fois à la minute. La respiration n'est pas plus bruyante, il n'y a aucun phénomène d'asphyxie. Tout à coup, le malade prend la position assise dans son lit ; il fait quelques inspirations et retombe sur son oreiller : il était

mort. L'interne de garde ne peut, malgré une séance prolongée de respiration artificielle et l'administration de 4 injections d'éther, rappeler B... à la vie.

A l'autopsie, on a les résultats suivants : aucune bouffissure de la face et des extrémités. Existence d'une tuberculose miliaire et ulcérée laryngo-trachiale. L'orifice glottique est légèrement rétréci par la tuméfaction d'un des aryténoïdes. Les cordes vocales sont dures, mais non cedématiées. L'épiglotte n'est pas augmentée de volume, elle est légèrement ulcérée. Le sommet pulmonaire droit renferme une cavité grosse comme une aveline, autour de laquelle il y a de l'infiltration tuberculeuse ; le reste du poumon n'est nullement altéré.

Pas d'adénopathie trachéo-bronchique. Ni lésion vasculaire, ni lésion de la substance nerveuse.

OBSERVATION

(*Rotey. Loc. cit.*) Résumée.

Joseph P..., 43 ans, employé de bureau. Constitution robuste. Il y a 18 mois, enrrouement facile qui devient persistant. Actuellement, excellent aspect ; pas de toux ; percussion et auscultation muettes ; léger degré de dysphagie et aphonie absolue. Engorgement ganglionnaire sans adhérence de chaque côté du corps thyroïde ; plus bas, il semble que l'on perçoive un empâtement profond des tissus. Pharynx congestionné. Au larynx : infiltration hypertrophique de toute la muqueuse, qui est d'un rouge vineux, excepté l'épiglotte qui est pâle. Face antérieure de l'aryténoïde droit couverte par une tumeur saillante. Du côté droit, le vestibule, la bande ventriculaire et la face interne du replis ary-épiglottique de ce côté sont recouverts d'élévations et de dépressions charnues de couleur rouge sombre ; la bande ventriculaire est un peu ulcérée ; la corde vocale est à peine apparente et n'apparaît, dans les tentatives de phonation, que

comme un bord rond, irrégulier, très peu saillant. Tout le côté opposé est seulement légèrement infiltré, un peu congestionné; la corde vocale est hypertrophiée et immobile dans la position intermédiaire entre la moyenne et la normale dans les grandes inspirations. Le champ glottique est un peu rétréci, mais il n'est pas réduit à la moitié et est, par conséquent, plus que suffisant à l'hématose.

En raison des antécédents syphilitiques, traitement spécifique mais sans résultat. Puis, traitement par des pulvérisations antiseptiques, en sus des insufflations d'iodoforme et d'acide borique.

Au bout de 5 à 6 mois de ce traitement, le mal n'avait pas empiré du tout et le malade se trouvait absolument dans le même état, sans le moindre affaiblissement ni perte de forces, lorsqu'une nuit il mourut subitement sans que sa femme ait pu s'en apercevoir; elle n'avait rien entendu, ni plainte, ni secousse, ni respiration bruyante, elle qui d'habitude s'éveillait à la moindre toux de son mari.

A l'autopsie, on voit que les récurrents étaient enveloppés par une masse pâteuse diffuse, dans laquelle se trouvaient compris des ganglions engorgés. On retrouve les mêmes lésions que l'on avait constatées au laryngoscope. La trachée et le larynx n'avaient pas la moindre trace de sang caillé et de mucosités. A l'examen microscopique, on trouve du carcinome alvéolaire, de la périnévrite des récurrents comprimés par une masse de tissu embryonnaire connectif qui unissait les ganglions péri-laryngo-trachéaux infiltrés de cellules cancéreuses.

CHAPITRE III

Symptomatologie

« Un homme de 40 à 50 ans, sans tare nerveuse appréciable, mais ayant présenté déjà quelques manifestations arthritiques, et porteur le plus souvent d'une affection chronique légère des voies respiratoires, éprouve au larynx un picotement qui détermine une quinte de toux. Immédiatement, sa face se congestionne et il tombe par terre sans connaissance, ou, s'il est assis, sa tête s'affaisse sur sa poitrine. Les traits sont calmes, les membres souples, d'autres fois agités de quelques secousses, il n'y a ni morsure de la langue, ni émission d'urine. Au bout de quelques secondes il se relève, pâle, se rappelant avoir toussé, mais ne comprenant rien à l'effroi de son entourage ; riant de l'alarme qu'il vient de causer, il reprend l'occupation interrompue et le reste de la journée se passe sans incident. »

Tel est l'énoncé schématique d'une crise d'ictus laryngé ; mais il n'est pas sans intérêt de rentrer dans les détails de chacune de ces phases successives.

La sensation laryngée est fort variable comme forme. Elle n'est parfois constituée que par une sensation assez vague, impossible à caractériser. D'autrefois c'est une simple démangeaison, un picotement, ou quelque chose d'analogue à une piquûre d'épingle ; dans d'autres cas ce sont les sensations pénibles d'irritation, de chaleur, de brûlure, ou celles de resserrement, de strangulation et même de suffocation ; mais le plus souvent c'est une sensation de chatouillement léger, fugace, ne se distinguant en rien de celui qui précède une quinte de toux ordinaire.

La toux est, dans la grande majorité des observations, constituée par une toux sèche, pénible, opiniâtre et quinteuse ; dans quelques autres elle est plus violente encore, elle est spasmodique, convulsive, coqueluchoïde et peut s'accompagner de dyspnée, de congestion ou d'asphyxie ; dans d'autres, enfin, elle est au contraire très légère, très courte et peut même se borner à un seul coup de toux insignifiante.

Il y a du reste des cas où on ne trouve au début de l'ictus ni chatouillement, ni toux ; le malade de l'observation xxxi a vu l'ictus provoqué par le rire ; un autre malade de Kürz a été frappé une fois en soufflant sa lampe ; détail qui montre bien, du reste, que l'ictus ne peut être considéré comme un phénomène asphyxique.

On peut dire avec Garel et Collet « qu'en règle générale, l'ictus accompagne les quintes les plus longues et les plus violentes, mais que cette règle n'est pas absolue puisqu'il est noté dans un certain nombre d'observations que les malades prenaient de fortes

quintes sans perdre connaissance alors que l'ictus survenait quelquefois pendant des quintes moins fortes : il semble donc qu'il n'y ait pas un rapport forcé entre l'apparition de celui-ci et la violence des cas de toux bien que ce rapport s'observe habituellement. »

D'autre part, l'intensité de la toux n'a plus de rapport avec l'intensité de la crise qu'elle n'en a avec son apparition. On voit indifféremment et suivant les cas, les crises les plus violentes s'accompagnant de convulsions succéder à la toux la plus légère et la plus fugace ; ou au contraire les quintes fortes engendrer des accès de courte durée, sans convulsions et sans phénomènes d'épuisement consécutifs.

L'ictus apoplectiforme peut revêtir deux formes principales.

Analysons ce qui se passe du côté de chacune des grandes fonctions de l'économie.

Dans quelques cas, le malade n'éprouve après la toux que du vague cérébral, de l'obnubilation, des éblouissements, des étourdissements ; à ces sensations peuvent s'ajouter des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, de la perte de l'équilibre, qui va parfois jusqu'à la chute, mais le malade ne perd pas complètement connaissance. Dans ces cas nous avons affaire à un ictus atténué. C'est l'ictus avorté de Garel et Collet ou l'ictus incomplet de Bédos. Il est rare de le rencontrer exclusivement chez un même malade ; le plus souvent il alterne avec la forme suivante.

Dans le plus grand nombre de cas, les activités cérébrales psychiques, sensibles et motrices sont simultanément et totalement suspendues ; le malade perd

complètement connaissance et tombe privé de sentiment et de tout mouvement volontaire. La perte de connaissance et la chute peuvent se produire d'une façon instantanée ou bien elles ne surviennent qu'après des étourdissements, des éblouissements, des vacillations, pendant lesquelles le malade a eu le temps de chercher un point d'appui, de se rattraper à un objet quelconque, parvenant ainsi quelquefois à éviter la chute. Celle-ci d'ailleurs peut ne pas se produire lorsque le malade est assis, l'abolition de la mobilité volontaire ne se traduisant généralement alors que par un affaissement de la tête sur la poitrine ou l'échappement des objets que le malade tient à la main. Sous cette forme l'ictus est complet.

A ces troubles nerveux de la vie de relation viennent souvent, mais non toujours, s'ajouter durant les ictus avec perte de connaissance des troubles de la motilité réflexe. Ils consistent rarement en spasmes généralisés ; ordinairement ce sont des convulsions cloniques, des secousses localisées le plus souvent dans les membres supérieurs et pouvant s'étendre par ordre de fréquence à la face, au tronc et à l'abdomen. Les membres inférieurs sont exceptionnellement atteints. Ces mouvements convulsifs débutent avec la perte de connaissance et disparaissent avec elle ; mais ils peuvent persister ou même apparaître avant elle comme ne commencer qu'après le recouvrement de la connaissance. Dans aucun cas il n'a été noté de convulsions toniques. Jamais il n'a été signalé de morsure de la langue. Dans une seule observation (xxxvi), Garel et Collet

signalent des évacuations involontaires et encore sont-elles produites « probablement par relâchement des sphincters sous l'influence d'une forte quinte de toux ».

Les troubles de la circulation et de la respiration sont peu connus, le médecin ayant, comme le font remarquer Garel et Collet, rarement l'occasion de voir le malade pendant sa perte de connaissance. Le fait toutefois s'est produit pour Thermes et pour Kurz : le premier a constaté que les battements du cœur étaient à peine perceptibles ; le second que la respiration était suspendue et que le pouls était faible et lent.

On est mieux renseigné sur ce point par l'état de la face, fort différent d'ailleurs suivant les cas. Tantôt on n'a noté que de la congestion ; tantôt que de la pâleur. Le plus souvent la face est d'abord congestionnée ; puis elle pâlit ensuite, la pâleur survenant au moment soit de la perte, soit du recouvrement de la reconnaissance. La congestion est plus ou moins marquée ; la face parfois simplement rouge et violacée devient toute bleue et la cyanose peut être telle qu'il se produit des sueurs et des épistaxis.

Telle est la physionomie d'ensemble de l'ictus d'après l'analyse de toutes les observations que nous avons pu recueillir. La durée de l'accès est toujours très courte. Les malades ou les témoins de leurs crises ne l'évaluant le plus souvent qu'en comptant par secondes : 2 ou 3, 4 ou 5, 7 ou 8 secondes sont les nombres les plus souvent employés.

Deux ou trois fois on parle d'une demi-minute ou d'à peine une demi-minute. Une fois seulement elle est

évaluée à une minute environ ; et une autre fois le malade prétend que l'accès dure 1 à 2 minutes.

Après la crise le malade, dans la grande majorité des observations, revient à lui comme si rien d'anormal ne s'était produit, capable de continuer la conversation entamée ou le travail commencé, se souvenant de tout ce qui a précédé immédiatement la perte de connaissance et n'éprouvant pas la moindre fatigue, le moindre malaise. Parfois, le retour est un peu moins rapide : le malade a la tête lourde ou un peu de céphalagie, il a une certaine sensation de faiblesse et les idées confuses ; plus rarement encore le malade est ahuri et se trouve très abattu, encore est-il remis complètement au bout d'un quart d'heure. On a noté quelquefois un rejet plus ou moins abondant de glaires et des crachements de sang. Une observation signale le besoin d'uriner après la crise.

Mais ce qu'il y a de remarquable c'est qu'on ne constate jamais après l'ictus ni dépression marquée qui se prolonge, ni paralysie, ni même parésie, comme cela arrive le plus ordinairement après une crise d'épilepsie.

La marche de l'affection est très variable. Le premier accès reste rarement isolé ; mais il est difficile d'énoncer quelque chose de précis sur le nombre, la fréquence des accès consécutifs et l'intervalle qui les sépare. Certains malades ne présentent que 3 ou 4 attaques dans leur vie et l'intervalle qui les sépare peut être de plusieurs années ou seulement de quelques jours ; d'autres ont 2 ou 3 atteintes par an pendant une ou plusieurs années consécutives et redeviennent ensuite complètement in-

demnes. Chez d'autres malades les accès sont d'abord très fréquents, jusqu'à plusieurs fois par jour, puis ils vont en s'éloignant et finissent par disparaître. On est frappé dans un grand nombre de cas du parallélisme entre la fréquence des ictus et la marche de la maladie des voies respiratoires aiguës ou chroniques en recrudescence, qui très souvent, comme nous l'avons vu, rentrent au nombre des causes prochaines des accès ; mais bien souvent aussi ceux-ci échappent à toute règle précise. Avec Garel et Collet « on peut simplement poser en règle générale que les accès très fréquents sont d'ordinaire liés à une poussée aiguë du côté des voies respiratoires et cédant généralement avec elle pour revenir de même ; que les accès rares sont beaucoup plus capricieux et que le malade ne peut jamais se considérer comme préservé de leur retour, puisqu'ils reparaissent quelquefois à des intervalles très éloignés ».

Ictus laryngé tabétique

Envisagé ainsi qu'il l'a été au chapitre d'étiologie, l'ictus laryngé chez les tabétiques ne diffère pas en général au point de vue symptomatique de l'ictus essentiel. Aussi, ne peut-on en affirmer la nature, que par la présence chez le malade, des autres symptômes du tabes ; affirmation qui peut d'ailleurs devenir impossible, si l'on songe que ces accidents peuvent préluder à toute autre manifestation tabétique et constituer l'entrée en scène du tabes. Parfois, cependant, il paraît avoir un caractère spécial, lorsqu'aux symptômes ordinaires de l'ictus

s'ajoutent d'autres accidents laryngés tabétiques (accès de toux ou de spasmes glottiques). L'ictus laryngé des tabétiques revêt donc plusieurs formes cliniques.

Dans certains cas, l'ictus survient sans avoir été précédé ou sans être accompagné de phénomènes respiratoires bien marqués.

Le malade est pris tout à coup d'une sensation de chatouillement ou de picotement au larynx ; il a quelques secousses de toux sèche et légère ou même un accès de toux plus fort mais court ; et il tombe soudain sans connaissance. Comme on le voit, c'est absolument la physionomie d'une crise d'ictus laryngé essentiel. C'est le cas du malade de l'observation suivante.

OBSERVATION

Observation XI du mémoire de Garel et Collet. Annales des maladies de l'oreille et du larynx. (Décembre 1894).

M. Pl..., 45 ans, 26 novembre 1890. Début d'ataxie il y a deux ans, traité par la suspension qui a amené une aggravation.

Un séjour à Lamalon a procuré une sédation marquée. Depuis mars 1889, quelques crises laryngées, mais rares. Il y a quinze jours, il a pris un peu de bronchite et de laryngotrachéite, et les accès ont redoublé de fréquence. En venant à la gare, ce matin, il a pris un accès dans la voiture.

Les crises débutent par un picotement et un accès de toux, avec asphyxie et face vultueuse ; les accès de toux sont courts, il y a perte de connaissance de une ou deux secondes. Deux fois la crise s'est accompagnée de chute sur le sol.

Souvent il y a pendant la crise des convulsions des

membres supérieurs, du thorax, et des muscles abdominaux. Il est calmé par l'éther.

Au laryngoscope on constate que l'écart des cordes vocales pendant l'inspiration ne dépasse pas un demi centimètre, ce qui permet de supposer un état spasmodique des cordes vocales. La glotte se ferme bien pour la phonation.

Le malade présente en outre une ulcération trophique sous la langue à gauche et en avant.

Traitement : Bromure de potassium, cocaïne en badigeonnages et pulvérisations.

D'autre fois l'ictus laryngé est associé à des accès de toux violente, quinteuse et pénible sans autre phénomène laryngé concomitant.

Le malade de Keller était dans ce cas.

OBSERVATION

(Keller, in mémoire de Cherchewski). *Revue de Médecine*. Paris 1881. Résumée.

M. X..., 51 ans, en 1881.

En 1867, début de tabes : diminution progressive et rapide des forces ; sensation de constriction autour du bassin ; paralysie passagère des jambes, incontinence d'urine ; diarrhée et vomissements opiniâtres pendant six jours, suivis d'une constipation opiniâtre pendant deux mois.

Pendant 1868, 1869 et 1870, accès de douleurs lancinantes dans les jambes.

En 1871 les douleurs deviennent plus vives et se compliquent de quintes de toux très pénibles que l'on traite en vain par des pulvérisations.

En 1872, strabisme et diplopie qui disparaissent subitement.

En 1873-74, crises de vomissements assez violents pour amener des hématoméses ; ces accidents cessèrent subitement en 1875.

De 1876 à 1880, le malade éprouva des douleurs fulgurantes avec des quintes de toux de plus en plus fortes et s'accompagnant maintenant de perte de connaissance. Les syncopes duraient quatre à cinq minutes. L'accès débutait toujours par une sensation de chatouillement très pénible dans le larynx. A ces accidents s'ajoutèrent des troubles des fonctions urinaires.

Depuis lors (1880), traitement hydrothérapique pendant trois mois, puis suppression de tout traitement. Les quintes de toux sont allées rapidement en diminuant; elles ne s'accompagnent plus de perte de connaissance; l'incontinence d'urine a disparu peu à peu.

En 1881, malgré l'apparition d'un nouveau phénomène consistant en une sensation de constriction et de gêne autour des lèvres, dans le côté droit de la face et dans la main droite, l'amélioration s'accentue encore : les douleurs fulgurantes sont beaucoup plus rares et très supportables; la marche est bonne. Le réflexe rotulien manque des deux côtés. L'examen laryngoscopique n'a pas été fait.

L'ictus laryngé peut enfin coïncider non seulement avec des accès de toux, mais encore avec des phénomènes spasmodiques d'intensité variable du côté de la glotte, donnant lieu à du sifflement inspiratoire, du cornage ou même des accès de suffocation.

La plupart des observations de Cherchewski en sont des exemples. Et on pourra se convaincre à leur lecture qu'il est fort difficile de faire la part de ce qui revient à l'ictus lui-même, à l'action nerveuse réflexe ou à l'asphyxie, conséquence de la fermeture spasmodique de la glotte.

Cependant l'observation de certains signes cliniques est peut-être suffisante pour faire admettre telle ou telle

origine. Si la perte de connaissance est subite, si sa durée est courte et si le retour à l'état normal est instantané, il y a quelque raison pour conclure à une action nerveuse, à un ictus laryngé. Dans le cas contraire on peut être autorisé à considérer l'accident comme une conséquence d'asphyxie de dyspnée. L'anoxhémie exigeant un certain temps avant d'être complète, et une fois installée un certain temps pour disparaître, ses effets doivent suivre la même marche.

Ictus laryngé épileptique

Au point de vue symptomatique, l'ictus laryngé épileptique ressemble en tous points à l'ictus essentiel. Le malade de Bianchi, à la suite d'une sensation d'oppression, un spasme à la gorge, était pris d'une toux spasmodique, accompagnée d'une véritable bronchorrhagie, puis il perdait connaissance. On pourrait sans doute s'étendre beaucoup plus sur ce point si on décrivait comme ictus laryngé épileptique toutes les crises d'épilepsie à aura laryngée. Mais il nous paraît un peu paradoxal d'appliquer la dénomination d'ictus laryngé à une crise d'épilepsie qui ne se distingue pas de la crise vulgaire, si ce n'est qu'il y a un picotement au niveau du larynx et quelquefois même une vague constriction du côté de la gorge.

Ictus dans les maladies graves du larynx

Nous avons peu de choses à dire dans ces cas au

point de vue symptomatique. L'ictus survient ici d'une façon si imprévue et si foudroyante, que l'on ne peut que constater l'affaissement et la mort de l'individu. Il importe même de faire remarquer que la mort n'est précédée d'aucun signe d'irritation laryngée, d'aucune secousse de toux.

Comme nous l'avons vu, un des malade de Botey, meurt si tranquillement en écrivant une lettre, que de prime abord on le croit endormi ou sans connaissance, un autre malade du même auteur meurt dans la nuit sans que sa femme, qui d'habitude s'éveillait à la moindre toux de son mari, n'ait précisément cette nuit là rien entendu. Izambert cite le cas d'un malade trachéotomisé depuis un an, pour un cancer du larynx, et qui mourut entre ses mains un jour qu'il voulut lui changer sa canule. Fauvel rapporte le cas d'un comte italien qui mourut en chaussant ses bottes.

Cliniquement, cette catégorie d'ictus ne répond donc que d'une façon bien imparfaite à ce que l'on doit appeler ictus laryngé. Néanmoins, ainsi que nous l'avons déjà dit, nous avons cru devoir les signaler dans une étude des ictus laryngés, comme nous semblant d'ailleurs relever de la même interprétation pathogénique.

CHAPITRE IV

Pathogénie

Nombreuses sont les théories qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie de l'ictus laryngé. On peut les classer en trois catégories qui correspondent chacune à l'une des trois grandes phases que nous avons tracé dans son histoire.

Dans une première phase, l'ictus laryngé est considéré comme un vertige, dont le mécanisme est diversement interprété par les auteurs.

Pour Charcot, qui avait tout d'abord appelé ce syndrome « vertige laryngé », il s'agissait d'un phénomène analogue au vertige de Ménière, avec cette seule différence qu'ici le nerf excité était le laryngé supérieur au lieu d'être le nerf auditif.

Gasquet, appliquait dans ce cas la théorie de Woake : « c'est-à-dire, la transmission des impressions du ganglion cervical inférieur qui réagissait en produisant la vaso-dilatation de l'artère vertébrale et de ses rameaux labyrinthiques : consécutivement à cette vaso-dilata-

tion, il y aurait une augmentation de pression intralabyrinthique et des troubles de l'équilibre par action sur les canaux semi-circulaires ».

A toutes ces théories, on peut objecter que dans l'ictus laryngé on ne rencontre jamais les principaux caractères du vertige : il n'y a ni sensation de tournolement, ni nausées, ni vomissements.

Dans une deuxième phase, on fait de l'ictus laryngé une manifestation de l'épilepsie; d'où la théorie de Gray qui le considère comme une épilepsie partielle limitée aux muscles du larynx. En traitant les rapports de l'ictus laryngé avec épilepsie au début de notre étude de l'ictus épileptique, nous l'en avons absolument différencié; aussi, nous croyons-nous autorisé à rejeter cette théorie.

Plus tard, enfin, dans une troisième phase, quand le rôle des lésions respiratoires a été mieux connu, certains auteurs (Mac Bride, entre autres), ont établi une théorie de l'ictus laryngé sur l'expérience de Wéber et ils en ont fait exclusivement un vertige d'origine circulatoire. Pour eux, les secousses de toux consécutives à l'excitation du laryngé supérieur détermineraient une augmentation de pression intra-thoracique, qui, gênant le fonctionnement du cœur, produirait secondairement un trouble de la circulation encéphalique sous la dépendance duquel seraient placés les divers phénomènes de l'ictus. Mais nous ferons remarquer, contre cette hypothèse, que l'ictus laryngé survient souvent à la suite de secousses de toux d'une légèreté et d'une fugacité extrêmes, parfois même à la suite d'un seul coup de toux, tandis qu'au contraire, chez le même malade, la perte

de connaissance ne se produit pas à la suite de quintes de toux excessivement violentes.

Aussi, forcés d'admettre une influence nerveuse, d'autres auteurs (Cartaz, Thermes) ont-ils appliqué à l'ictus laryngé, pour en expliquer le mécanisme, la théorie de l'inhibition formulée par Brown-Séquard. Du laryngé supérieur et du centre du pneumogastrique dans le bulbe, l'excitation se propagerait jusqu'à l'écorce pour y déterminer des effets inhibitoires.

Cette hypothèse n'a assurément rien d'illogique; mais il est aussi difficile de la prouver que de la nier. Quoi qu'il en soit, nous ne croyons pas qu'elle doive être acceptée d'une façon exclusive.

Garel et Collet, dans leur important mémoire de 1894, s'inspirant évidemment des données théoriques de la physiologie et des connexions nerveuses et vasculaires de l'appareil respiratoire, mais tenant grand compte aussi des observations cliniques et de la variabilité des causes et des symptômes de l'ictus laryngé, supposent que ce syndrome ne relève pas d'un mécanisme toujours identique. Dans les cas où la perte de connaissance est tardive et consécutive à des secousses expiratoires prolongées, tout semble devoir se passer dans les conditions qui rappellent celles de l'expérience de Weber.

L'excitation du laryngé supérieur, transmise au bulbe, y excite le centre des muscles inspireurs et produit la toux convulsive; consécutivement aux secousses de toux et à l'augmentation de la pression intra-thoracique, les cavités du cœur, ses oreillettes surtout, sont comprimées et réalisent ainsi en même temps un obs-

tacle à l'irrigation artérielle et au dégorgement veineux. Cette perturbation locale, retentissant sur la circulation générale, il se produit à la fois de la congestion veineuse et de l'anémie artérielle dans les centres encéphaliques ; il y a, en d'autres termes, anoxhémie cérébrale. Et ainsi se trouvent réalisées les conditions les plus favorables à l'apparition de la perte de connaissance et des phénomènes convulsifs de l'ictus laryngé, car, depuis les recherches de Paul Bert, nous savons que la circulation sanguine n'influe pas sur le fonctionnement de l'encéphale par de simples phénomènes de pression, mais surtout par l'intermédiaire de la teneur en oxygène du liquide sanguin.

C'est par cette théorie également que Garel et Collet expliquent les ictus qui ne sont précédés ni d'un picotement laryngé, ni de secousses de toux, comme dans les cas rares où il est provoqué par le rire ou par le fait de souffler. Ici, l'excitation laryngée semble manquer et l'on est peu tenté alors de faire intervenir une action nerveuse pour expliquer l'ictus qui doit, dans ces cas, avoir une origine purement mécanique, « bien qu'on puisse, à la rigueur, admettre que le rire dans un cas, l'expiration violente dans l'autre, ont provoqué un accès de toux, suivi de l'enchaînement connu des phénomènes. »

Pour les cas où l'ictus survient très rapidement après deux ou trois secousses de toux, après une seule quelquefois, Garel et Collet, ne pouvant d'une part accepter le mécanisme précédent, vu la rapidité de la chute et la brièveté de la quinte, et d'autre part ayant peu de tendance à admettre qu'une excitation laryngée puisse agir

directement sur l'écorce cérébrale en produisant à la fois la perte de connaissance et les convulsions, ont cru devoir formuler une nouvelle explication de ces phénomènes.

Dans ces cas, l'excitation du laryngé supérieur transmise au bulbe exciterait simultanément le centre des muscles expirateurs, d'où la toux, et le centre modérateur du cœur, d'où l'anémie cérébrale par arrêt de ce dernier, celui-ci étant troublé dans son fonctionnement, non mécaniquement comme dans l'hypothèse précédente, mais par voie nerveuse

La toux et l'arrêt du cœur seraient l'effet d'une même cause, l'excitation périphérique du laryngé supérieur ; mais ici la toux ne serait qu'un phénomène accessoire. « Il n'y a d'ailleurs, ajoutent Garel et Collet, aucun inconvénient à admettre qu'elle a aussi sa part dans la production de la perte de connaissance en gênant mécaniquement le fonctionnement du cœur et que ses effets s'ajoutent aux précédents pour contribuer à l'établissement de l'anémie cérébrale ». Ce nous paraît être aussi l'opinion de M. Merklen, qui dans une communication à la société médicale des hôpitaux (Paris, 1895), attribua à la toux le même rôle de cause adjuvante dans la production de l'ictus, qu'il fait dépendre surtout de phénomènes d'inhibition, c'est-à-dire d'une action nerveuse directe sur les centres. Deux considérations étiologiques nous semblent, en tout cas, plaider en faveur d'altérations vasculaires expliquant les effets morbides de ces troubles circulatoires. En recherchant les causes de l'ictus laryngé, nous avons fait ressortir en effet qu'il survenait toujours chez des adultes de 50

à 55 ans en moyenne, et le plus souvent chez des individus ayant déjà présenté quelques manifestations arthritiques. Or, l'âge avancé et l'arthritisme ne sont-elles pas les conditions les plus favorables pour créer par l'artério-sclérose et une nutrition générale défectueuse un terrain facile à l'anémie cérébrale et bien propre à l'évolution des phénomènes réflexes de l'ictus laryngé ?

L'ictus laryngé des épileptiques ou des tabétiques, dont nous avons rapporté les rares exemples, est plus difficile à interpréter. Etant donné les analogies symptomatiques, qu'il présente avec ce que nous avons décrit comme ictus essentiel, il est fort probable que son mécanisme est aussi analogue et que le picotement laryngé, bientôt suivi de secousses de toux, qui en est le phénomène initial, ne résulte pas d'une excitation périphérique, mais est plus probablement une sensation subjective et simplement reportée à la périphérie comme la douleur fulgurante des tabétiques.

Reste à expliquer l'ictus dans les maladies organiques graves du larynx. Il nous semble relever d'une action nerveuse directe sur les centres, d'un phénomène d'inhibition, consécutif aux excitations des terminaisons nerveuses de la muqueuse du larynx sous l'influence d'une lésion permanente de cette région, ces excitations agissant du reste plutôt par leur continuité que par leur intensité. Prises isolément, elles sont trop faibles pour donner lieu à aucune réaction, aussi peuvent-elles rester longtemps inoffensives ; mais, elles additionnent leurs effets, et réalisent ainsi le phénomène de sommation nerveuse de Pflüger. Lorsque à un moment donné

le trop-plein existe, il se produit une décharge nerveuse considérable frappant à la fois et au maximum les centres de la vie de relation et de la vie organique et déterminant la mort subite immédiate.

CHAPITRE V

Traitement

L'attaque d'ictus laryngé est trop imprévue, trop courte et, d'autre part, trop bénigne pour que l'on puisse songer à faire le traitement immédiat de la crise elle-même.

Parfois, cependant, on a réussi à arrêter une attaque au début par un traitement abortif, en pratiquant des badigeonnages à la cocaïne dès qu'un chatouillement se faisait sentir.

Mais c'est surtout en appliquant un traitement préventif qu'il s'agit d'intervenir. A cet effet, on s'attaquera : 1° au trouble nerveux même qui constitue l'ictus ; 2° à ses causes prédisposantes, et 3° aux causes occasionnelles, susceptibles de les mettre en jeu.

1° *Indications tirées du trouble nerveux lui-même.* — Les phénomènes de l'ictus laryngé étant surtout le fait d'une exagération de l'excitabilité réflexe, c'est à modérer cette dernière que l'on devra d'abord songer. On y parviendra par une médication nervine locale et générale. Localement, on pratiquera des badigeonnages

anesthésiques des voies respiratoires supérieures avec une solution de chlorhydrate de cocaïne de 1/20^e à 1/5^e, supprimant ainsi la sensibilité souvent exagérée d'une muqueuse dont les terminaisons nerveuses sont le point de départ nécessaire de ces phénomènes réflexes. Sur le système nerveux en général, on agira par les modérateurs nerveux. Le bromure de potassium, préconisé par Charcot, a été employé longtemps avec d'excellents résultats à la dose élevée de 5 à 8 grammes par jour. Ces derniers temps, l'antipyrine, à la dose de 2 à 3 grammes par jour, a pleinement réussi entre les mains de Merklen et de Lermoyez. Cependant, Garel, dans son article du traitement de l'ictus laryngé paru dernièrement dans le 7^e fascicule du traité de thérapeutique d'Albert Robin, dit avoir déjà eu deux fois l'occasion d'appliquer cette méthode : dans le premier cas, le résultat aurait été remarquable, mais il n'a obtenu aucune amélioration dans le second cas. Toutefois, il faut considérer ces deux médicaments comme des médicaments de choix, auxquels on associera avec succès soit la morphine, soit la belladone, à la dose de 2 centigrammes par jour.

2^o Indications tirées des causes prédisposantes.

Cet excès de réflexivité, qui domine l'ictus laryngé, peut être essentiel, mais il peut être aussi secondaire à des maladies nerveuses nettement caractérisées comme l'épilepsie et le tabes. Dans ce dernier cas, c'est naturellement contre ces affections causales que l'on aura à diriger tous les efforts thérapeutiques en leur appliquant leur traitement respectif. Nous avons vu en outre combien l'arthritisme, par la fréquence de ses manifes-

tations chez les gens atteints d'ictus laryngé, semblait préparer un terrain favorable, à l'évolution des actes réflexes de ce syndrome. On cherchera donc à modifier ce terrain neuro-arthritique. Les malades éviteront avec soin tous les écarts de régime et se trouveront bien des boissons alcalines : le bicarbonate de soude et la lithine sont indiqués ; une ou plusieurs saisons à Royat ou à Ems compléteront cette médication générale.

3° Indications tirées des causes occasionnelles.

Souvent, ainsi que nous l'avons vu, des lésions matérielles des voies respiratoires supérieures déterminent, par une irritation, une excitation nerveuse locale, le déchaînement des divers phénomènes de l'ictus. On devra donc leur appliquer un traitement local. On opposera l'amygdalotomie aux amygdales trop volumineuses, l'uvulotomie à l'élongation et à l'hypertrophie papillomateuse de la luette ; on pratiquera l'ablation des polypes du nez ; les déviations de la cloison seront soumises à des séances d'électrolyse. Les tumeurs, impossibles à exciser, seront cautérisées soit au nitrate d'argent, soit au chlorure de zinc. Dans les cas de lésions inflammatoires des voies respiratoires supérieures, les badigeonnages du pharynx à la glycérine iodée, combinés avec la révulsion au devant du cou (pointes de feu, teinture d'iode, etc.) sont un excellent moyen thérapeutique. La privation de tabac, chez les grands fumeurs sera souvent d'une heureuse influence sur la disparition des accès.

Enfin on mettra à contribution tous les moyens thérapeutiques ordinairement employés contre les bronchites chroniques, si fréquentes chez les malades atteints d'ictus laryngé.

L'importance de ce traitement local n'est plus à démontrer. Souvent suffisant par lui-même, il rend les moyens généraux fort infidèles, si on le néglige. Qu'on se rappelle d'ailleurs l'histoire d'un malade d'Adler, dont les accès étaient arrivés à une fréquence inouïe, malgré une dose quotidienne de bromure et d'iodure, alors que tout ictus disparut comme par enchantement après la section de la luette.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Charcot. — Société de biologie. Novembre 1876.

M. Charcot fut appelé, il y a une quinzaine d'années, à voir un malade sujet à des attaques de goutte articulaire et qui souffrait de temps en temps d'accès de toux spasmodique. Un jour, pendant la durée d'une quinte, il le vit tout à coup s'affaïsser sur lui-même et se relever presque aussitôt sans avoir présenté la moindre trace de convulsion. Le malade qui, au sortir de cette crise, assurait qu'il n'avait pas perdu complètement connaissance, fit connaître que de temps à autre il souffrait de ces accidents depuis l'époque où la toux spasmodique s'était manifestée. Inutile de dire que le malade âgé de 55 ans n'avait jamais éprouvé de symptômes d'épilepsie.

OBSERVATION II

Charcot. — Loc. cit.

En août 1876, M. Charcot vit avec le docteur C... un malade, M. H... âgé de 55 ans qui, lui aussi, non épileptique, se plaignait d'être devenu sujet depuis un an à ce qu'il appelle « des attaques ». L'attaque est annoncée par un chatouillement **siégeant** un peu au-dessous du larynx

et accompagné par une petite toux sèche ; tout à coup le malade perd connaissance et s'affaisse. Pendant cette attaque, au dire des personnes qui sont à même de l'observer, la face devient violacée, turgescence, et il se produit parfois quelques secousses convulsives dans la face et dans l'un des bras. Il est certain que le malade ne se mord pas la langue et n'urine pas sous lui. L'accès est de très courte durée, et à peine est-il terminé que M. H... se relève, sans bécoterie, capable même d'achever la conversation un moment interrompue. Les accès sont devenus très fréquents depuis quelques temps. On en a compté une quinzaine en un seul jour, et il est arrivé au malade de tomber dans la rue. Chaque fois, les attaques en question ont été précédées du chatouillement laryngé et de la petite toux. Cependant il peut arriver que les accès de toux ne soient pas suivis de grandes attaques. Dans ce cas, le malade éprouve seulement un sentiment vertigineux qu'il ne peut pas définir et qui n'est pas suivi de chute.

M. H... est depuis longtemps atteint de bronchite chronique avec emphysème, mais c'est depuis un an seulement que se sont montrés le chatouillement, la toux spasmodique et les attaques qui viennent d'être décrites.

M. Charcot a été amené à penser que, dans les cas de ce genre, le point de départ de ces accidents est peut-être une irritation particulière des nerfs laryngés centripètes. Il s'agirait là, par conséquent, d'une sorte de vertige laryngé comparable à certains égards au vertige de Ménière, et qui lui paraît se rattacher à une affection des nerfs du labyrinthe. Sous cette impression, il a prescrit les cautérisations pharyngées au nitrate d'argent, les applications irritantes sur la région antérieure du cou, et à l'intérieur l'emploi du bromure de K à dose élevée. Soit par l'effet de cette médication, soit pour toute autre cause, le malade est guéri au bout de quelques semaines de traitement.

OBSERVATION III

Charcot. — Progrès médical. Avril 1879.

M. le docteur W..., né en Russie, est âgé d'environ 40 ans ; il y a douze ans, après être resté pendant l'hiver plongé dans l'eau jusqu'à mi-corps près d'une heure durant, attaqué de rhumatisme articulaire généralisé qui le retient au lit pendant près de trois mois. Peu après se déclara une affection bronchique qui, d'abord aigüe, ne tarda pas à s'établir d'une façon à peu près permanente. Oppression constante, bruits sibilants qui s'entendent à distance, expectoration difficile. Fréquemment, violents accès d'asthme qui généralement se terminaient par l'expectoration de crachats moulés, vermiformes. Au cours de l'année 1877, les accidents spéciaux dont on va donner la description d'après le récit du docteur W..., se sont reproduits une dizaine de fois. En dehors des accès d'asthme et sans intervention d'une cause appréciable, tout à coup le malade éprouve un peu au-dessous du larynx, sur le trajet de la trachée, un sentiment particulier de brûlure et de chatouillement très pénibles, et, peu après, quinte de toux ; puis très rapidement survient un vertige et, presque aussitôt, M. W..., sent successivement les doigts de sa main gauche se fléchir involontairement, le membre supérieur gauche se raidir dans l'extension et s'élever tout d'une pièce jusqu'à la hauteur de la tête en même temps que ce membre est agité par trois ou quatre mouvements cloniques. En ce moment, M. W..., perd connaissance ; à son réveil, qui a lieu quelques secondes après, il se trouve constamment couché à terre reposant sur le côté gauche. Les membres du côté gauche ne présentent aucune anomalie, quant au mouvement et à la sensibilité, dans l'intervalle des accès qui viennent d'être décrits.

Plusieurs fois le sentiment de brûlure et de chatouille-

ment, la toux prémonitoire ont été suivis seulement par quelques inspirations sifflantes, une menace de suffocation et l'accès est resté ainsi incomplet. L'examen laryngoscopique pratiqué par M. Fauvel n'a fait reconnaître dans l'organe qu'un peu de rougeur anormale de la muqueuse.

Le docteur W..., a succombé très rapidement, en pleine connaissance, sans avoir présenté de convulsion pendant le cours d'un accès d'asthme, le 12 janvier 1878.

OBSERVATION IV

Charcot. — Loc. cit.

M. G..., âgé de 45 ans. Vers le 20 juillet 1878, bronchite, sans caractère particulier, qui guérit assez rapidement, mais laissa après elle, au niveau du larynx, un sentiment presque permanent de chaleur et de chatouillement. Ces sensations s'exaspèrent de temps à autre tout à coup et sont suivies de quintes de toux très pénibles. Dans le courant du mois d'août, M. G... étant au lit, fut réveillé brusquement par une de ces quintes, il se leva, perdit presque aussitôt connaissance et se reveilla quelques instants après, gisant à terre. Depuis cette époque, les crises se sont très souvent reproduites, quelquefois trois ou quatre en un jour. Constamment, dans ces crises, le malade perd connaissance et tombe à terre; il est plusieurs fois tombé dans la rue. Il se relève presque aussitôt sans trouble marqué dans les idées, mais ne conservant aucun souvenir de ce qui s'est passé pendant la chute; il se rappelle seulement le chatouillement laryngé, la toux et le sentiment vertigineux qui l'ont précédé. D'après le récit des personnes qui ont assisté à ces crises, la face devient quelquefois, au moment de la chute, turgescence et un peu violacée. Il y a de temps en temps quelques mouvements convulsifs dans la face et dans les membres. Pas de cri initial, pas d'émission d'urine, jamais de morsure

de langue. Il n'y a, au moment du réveil, ni nausées, ni vomissements.

Telle était la situation lorsque M. G... vint consulter M. Charcot en décembre 1878. Ce dernier prescrivit l'emploi du bromure de K à doses élevées et l'application de vésicatoires volants sur la région du larynx. Après trois semaines de traitement les accidents avaient complètement disparu.

OBSERVATION V

J. R. Gasquet. — The Practitioner, 1878. Traduite par Decaisne. Revue des sciences médicales, 1878.

Amiral en demi-solde ayant toujours mené une vie active et qui avait joui jusque dans ces dernières années de la santé la plus florissante. Il y a trois ans, à l'âge de 70 ans, forte bronchite avec toux spasmodique et accès de dyspnée se renouvelant plusieurs fois par jour. A partir de cette époque il devint sujet aux attaques suivantes : il perd subitement connaissance et tombe sur le sol. Au bout de deux ou trois minutes, il revient à lui, mais reste encore quelque temps étourdi. L'accès se borne à ces seuls phénomènes, jamais de convulsions, de cris, etc.,

Successivement traité comme atteint d'une affection cérébrale mal déterminée, d'épilepsie, de vertige stomacal, etc., mais sans succès. Au bout d'un certain temps, il remarqua que les attaques qui revenaient à des intervalles très irréguliers, étaient toujours précédées par une irritation du larynx et une toux spasmodique, laquelle toutefois n'était pas constamment suivie de l'explosion de l'accès. Alors il se décida à soigner sérieusement son larynx (?) qui est aujourd'hui guéri. En même temps les attaques ont disparu. Depuis 9 mois il en est complètement débarrassé.

OBSERVATION VI

Krishaber. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1882.

X..., 4 ans, commerçant.

Pas d'antécédents névropathiques.

Claudication à la suite d'une ancienne affection articulaire de la jambe droite — à 21 ans, pleurésie suivie de guérison ; actuellement rien à l'auscultation du thorax.

A 25 ans, chancre suivi d'accidents secondaires. Traitement mixte très prolongé. — Pas de manifestations tardives.

Bonne santé habituelle.

Il y a 15 mois, à la suite d'une émotion vive, perte de connaissance sans chute (il était assis) ; dans le courant de la même journée, quelques accès de toux sèche chaque fois suivis d'étourdissements, mais sans perte de connaissance.

A 6 ou 8 jours du premier accès, quinte de toux très légère, immédiatement suivie de perte de connaissance. Tombé sur les genoux, légère contusion au front. Revient à lui un peu étourdi, mais reprend ses occupations.

Le lendemain, nouvel accès : mais il ne se rappelle plus s'il y a eu toux prémonitoire. La perte de connaissance fut très courte, mais le malade pâlit beaucoup.

Deux mois après, légère quinte de toux immédiatement suivie d'éruclations et d'un malaise ressemblant à une légère obnubilation.

Quatrième grand accès — en bateau — accès de toux, sensation vertigineuse, perte de connaissance. Revenu à lui, veut remonter sur le pont, mais nouvel accès de toux et étourdissement. Le malade compare ces étourdissements à ce que l'on éprouverait en recevant un coup sur la tête.

Depuis, nombreux accès semblables aux précédents,

sauf un seul, où le malade ayant reçu une bouffée de tabac, fut pris d'un accès de toux avec sensation de strangulation, mais sans perte de connaissance. C'est à cette occasion qu'il vint consulter. Dans ces crises, il n'y a ni écume à la bouche ni miction involontaire ; après la crise, ni hébétude, ni lassitude.

OBSERVATION VII

Dauwin. — *Journal de Médecine* de Paris, août 1887, p. 200.

Lieutenant de vaisseau, 38 ans, robuste, sanguin, emphysémateux, arthritique et grand fumeur. Amateur de chant, il a senti sa voix se voiler insensiblement, poussées fréquentes d'angine glanduleuse.

Un soir, en 1875, après rire, est pris subitement de toux sèche, courte, fréquente, convulsive ; figure violette ; ictus. La toux cesse avec la chute, et il revient à lui, étonné de se trouver allongé sur un canapé. Reprend immédiatement possession de lui-même.

OBSERVATION VIII

Dauwin. — Loc. cit.

En 1877, l'auteur lui-même, atteint de pharyngite nicotinique, 38 ans, a eu semblable accès de toux amené par un picotement léger au niveau du larynx. Le malade se sentait graduellement asphyxier. — « Toutefois je n'avais pas eu la sensation de la perte de connaissance quand je me retrouvai dans les bras d'un des témoins de la crise ; on me dit alors que la toux ne cessant pas, j'étais devenu rouge noir et que ma tête s'était affaissée sur la poitrine avec la cessation du spasme... Je continuai, sans être autrement influencé, le repas de famille au milieu duquel s'était déroulée cette scène plus effrayante en apparence que grave en réalité... Il ne resta absolument rien de cet

orage d'un instant... Je n'y attache d'autre importance que celle de fumer un peu moins. »

M. Dauwin eut deux nouvelles crises :

En mai 1882, au milieu de la nuit, réveil brusque, picotement à la gorge, quinte de toux : Asphyxie, perte de connaissance avec retour à l'état normal.

En avril 1885, vers 5 heures du soir, écrivant à son bureau et fumant une cigarette, les mêmes accidents se reproduisent. Il se retrouve étendu sur le tapis dans le décubitus dorsal aux pieds du fauteuil duquel il avait glissé. Les derniers mots qu'avait tracés sa plume, encore frais et humides, accusaient le peu de durée de la crise.

OBSERVATION IX

Dauwin. — Loc. cit.

En 1880, aux Antilles, M. X..., docteur en médecine, fort, vigoureux, arthritique emphysémateux, un peu malade imaginaire, raconte à l'auteur que la veille « il avait été frappé de congestion cérébrale avec perte de connaissance à la suite d'une quinte de toux. Il craignait que ce ne fut là une manifestation d'un état pathologique cardiaque, dont à tort il se croyait atteint ». M. Dauwin constata l'identité de ces phénomènes avec ceux auxquels il avait été lui-même sujet et parvint à rassurer le malade. — M. X... n'avait ni la coqueluche, ni aucune affection des voies respiratoires.

OBSERVATION X

Thermes. — *Journal de Médecine* de Paris. Juin 1887.

M. X..., 67 ans, bonne santé habituelle, légèrement arthritique. Il y a trois ans, fièvre avec laryngo-pharyngo-trachéite. Toux peu fréquente. Le malade après une semaine de repos et de traitement reprit ses occupations ; la toux continua, revêtit un caractère coqueluchoïde, puis nettement coquelucheux. L'enquête démontra que M. X... avait plusieurs fois rendu visite à une famille dans

laquelle se trouvait un enfant atteint de coqueluche. En outre, plusieurs cas de coqueluche dans l'arrondissement.

Un soir, M. X..., à la suite d'une quinte de toux perdit complètement connaissance, « il se mit à tousser, puis tout à coup on le vit pâlir, tourner, chanceler et tomber ». Revint à lui un peu étonné au bout de 1 ou 2 minutes. Le docteur Thermes voit alors le malade, la luette et l'épiglotte ayant été touchés, toux saccadée à secousses brèves et rapides, cyanose manifeste de la tête et du cou, puis pâleur et perte de connaissance. M. X... revint tout seul à lui après une syncope de 1 minute et demie.

Le même phénomène se produisit à plusieurs jours d'intervalle, pendant les quintes de toux, avec perte de connaissance.

On ordonna bromure de K à la dose croissante de 1 à 5 grammes par jour, et badigeonnages avec solution au 1/20 du même médicament; les quintes s'éloignèrent, diminuèrent et cessèrent, ainsi que les crises de vertige. Il n'y en eut plus que deux autres à la suite de ce traitement.

OBSERVATION XI

(*Thermes*, Loc. cit.).

M. X..., 64 ans, vigoureux, bonne santé habituelle, légèrement arthritique, fumeur, rien du côté des bronches, des poumons et du cœur.

En septembre 1885, reçoit chez lui un enfant atteint de rino-pharyngite suivie de toux (suspecté de coqueluche). Cet enfant est éloigné et une quinzaine de jours après, M. X..., est pris de fièvre avec bronchite et toux opiniâtre. — Pendant une quinte, M. X... assis dans son lit, perdit connaissance, une autre fois après dîner, tomba comme une masse, une autre fois en train de jouer aux cartes, eut une quinte de toux et perdit connaissance. Une autre fois, le docteur Thermes assista à une crise : le malade debout

fut pris d'une quinte de toux et perdit connaissance, congestion de la face et rictus. La figure devint pâle, la peau moite et froide, les battements du cœur à peine perceptibles. Puis le pouls revint petit à petit, la figure se colora et le malade revint à lui : tout cela avait duré une minute à peine.

On prescrit : pastilles de cocaïne. Badigeonnage avec une solution de chorhydr. de cocaïne au 1/20, suivie de l'attouchement de la région sus-glothique avec une solution de résorcine (méthode Moncorvo).

Les vertiges devenant plus fréquents, on prescrit bromure de K en potion et en badigeonnages. Le docteur Charcot appelé, fixe l'étiquette de vertige laryngé et conseille de porter le bromure jusqu'à 4, 5 et 6 grammes par jour. Diminution successive des quintes et du vertige. Le malade pouvait être considéré comme guéri.

OBSERVATION XII

(Weil. *Province médicale de Lyon*. Décembre 1887)

M. X..., vigoureux, obèse.

Père mort à 69 ans avec des douleurs ; mère bien portante ainsi qu'une sœur. Un frère sujet aux bronchites ; une autre sœur morte diabétique à 30 ans. Sa femme a eu deux fausses couche.

Il nie la syphilis. Nettement alcoolique ; sujet aux rhumes. Il y a 8 ans, accès d'asthme, très fréquents durant les deux premières années, s'étant espacés et survenant irrégulièrement pendant les six dernières. Au début, santé excellente dans l'intervalle des accès ; actuellement bronchite et emphysème. Examen des autres organes négatifs. Ni albumine, ni sucre dans les urines. A chaque accès d'asthme, crises laryngées de 2 sortes : tantôt toux violente coqueluchoïde, précédée d'un chatouillement au larynx, s'accompagnant d'anxiété, d'étouffement, d'asphyxie, mais sans perte de connaissance ; tantôt le chatouillement laryngé provoque quelques secousses de toux,

et très rapidement, le malade, sans anxiété asphyxique, incline la tête sur la poitrine, il perd connaissance pendant environ deux secondes. En relevant la tête, il s'aperçoit de mouvements cloniques dans le bras droit et entend un bruit de cascade dans l'oreille droite durant quelques secondes. Puis, tête lourde, oppression, mais conservation du souvenir.

Ni cri au début de la crise ; ni vertige ; ni morsure de la langue ; ni écume à la bouche ; ni évacuations involontaires.

Les accès d'ictus laryngés ont toujours été associés aux accès d'asthme.

OBSERVATION XIII

(Garel. — *Revue de laryngologie*, 1889)

M. M..., 42 ans ; le 28 janvier 1889.

Père mort de pneumonie et sa mère de catarrhe pulmonaire. Deux sœurs mortes phtisiques.

Obèse depuis 5 ou 6 ans ; apparences d'une bonne santé ; accès alcooliques antérieurs, mais très modéré depuis deux ans. Goutteux depuis 10 ; depuis 10 ans également il tousse tous les hivers ; bronchite chronique et emphyseme.

Il y a un an, première attaque d'ictus laryngé ; il y a un mois et demi, deuxième accès ; dans ces huit jours encore deux crises semblables.

La crise débute par un chatouillement laryngé, une sorte de picotement qui provoque une toux sèche, pénible, quinteuse, durant quelquefois deux ou trois minutes. C'est lorsque la quinte est longue que la crise éclate. La face devient alors congestionnée, le malade croit qu'il va perdre haleine. Il se produit alors quelques convulsions cloniques des membres supérieurs, du bras droit principalement, qui aboutissent de suite à une perte de connaissance de 2 ou 3 secondes (une fois cependant d'une minute environ) avec grande pâleur du visage ; la tête

s'affaisse sur la poitrine. Après la crise, les bras sont encore agités par des mouvements convulsifs ; le malade se met au lit et ressent un peu de céphalalgie. Le malade n'est jamais tombé dans les accès, car ils ont tous éclaté dans la soirée ; il se souvient de ce qui s'est passé et se rend parfaitement compte des convulsions des membres.

Il n'éprouve aucun symptôme du côté des oreilles. Ni vertige ; ni morsure de la langue ; ni écume à la bouche ; ni miction involontaire. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Il accuse une sensibilité spéciale du cou au niveau du larynx : le frottement du linge, en se lavant, provoque une quinte de toux. Rien au cœur. Le nez et le larynx ne présentent aucune altération ; quelques légères varices au pharynx. Pas de signes de tabes.

Le 25 janvier, traitement par quelques doses de chlorydrate de morphine, remplacée ensuite par le bromure de potassium, élixir de terpine et badigeonnage laryngé avec une solution de cocaïne. Jusqu'au 18 février, le malade signale encore deux menaces de crises légères, qu'il a fait avorter en pratiquant immédiatement 3 ou 4 badigeonnages à la cocaïne ; mais il n'a plus eu un seul accès complet. Depuis lors, plus de nouvelles du malade.

OBSERVATION XIV

Cartaz. — Congrès international de laryngologie.
Paris, 1889.

Négociant, 55 ans ; Fort, robuste. Depuis longtemps accès de goutte avec coliques hépatiques. Depuis 5 ans, ces accidents se sont amendés.

Il y a 10 ans, premiers symptômes de pharyngite chronique : sécheresse de la gorge, toux quinteuse. Fumeur ; supprime presque entièrement le tabac. — Dans ces dernières années la toux quinteuse a reparu avec plus d'intensité.

En 1887, étant dans sa chambre, debout, toux assez vio-

lente et tout d'un coup perte de connaissance avec chute. Pas de morsure de la langue, pas d'apparence d'attaque épileptique, pas de syphilis ; aucun signe de tabes.

Trois ou quatre mois après, seconde attaque de vertige, après une quinte de toux ; mais la perte de connaissance ne fut pas complète ; il n'y eut qu'un instant d'obnubilation.

A ce moment, à l'examen local : pharyngite chronique ; rien aux fosses nasales ; légère rougeur des cordes vocales. A la base de la langue hypertrophie très marquée du tissu adénoïde ; une masse charnue du volume d'une petite noisette vient frotter contre l'épiglotte. C'est presque toujours à ce niveau que le malade ressent le chatouillement qui provoque les quintes de toux.

Cautérisation de la base de la langue avec une solution de chlorure de zinc au 1/20, fort légères, répétées un certain nombre de fois.

Soulagement des plus marqués.

L'hiver suivant, sous l'influence de l'humidité, la toux reparait. Quelques badigeonnages. Le malade n'a plus eu de vertiges ni de pertes de connaissance.

OBSERVATION XV

(*Cartaz.* — Loc. cit.)

Ancien officier, 58 à 60 ans. Grand fumeur. Fort buveur autrefois, mais très sobre actuellement en raison de violents accès de goutte à la moindre intempérance (1 à 2 par an.).

L'année dernière (en 1888), léger rhume. Vers le quatrième ou cinquième jour de ce rhume, accès de toux et vertige. Il éprouva une obnubilation de quelques secondes. La perte de connaissance, lui semble-t-il, n'a pas été complète.

Quelques jours plus tard, même vertige après toux légère, mais avec chute sur le parquet. Le malade se

releva de lui-même, tout étourdi, avant que son fils ait pu le secourir.

A trois reprises, dans le cours d'une autre bronchite, accident de vertige sans perte de connaissance.

Pas de syphilis. Pas de signes de tabes. Jamais d'attaques d'épilepsie. Santé parfaite en dehors de cette diathèse goutteuse.

Examen local des organes (nez, larynx, pharynx), absolument aucune lésion.

Traitement. — Bromure de K. Inhalations balsamiques. Application de teinture d'iode au devant du cou.

Le malade écrivit plus tard qu'il allait mieux et n'avait plus eu de crise.

OBSERVATION XVI

(*Newcomb. — New-York med. Journal 1892*) Résumée.

Homme ; 40 ans.

Laryngite aiguë à la suite d'un refroidissement : voix rauque, toux spasmodique, expectoration d'un épais mucus. Examen laryngoscopique impossible en raison des accès de toux et d'apnée qu'il provoque. Ces accès surviennent aussi spontanément revêtant la forme d'ictus laryngé : à la suite d'un chatouillement laryngé, suivie d'une toux quinteuse spasmodique, le malade perd momentanément connaissance et pendant ce temps est parfois pris de spasmes généralisés, qui l'ont projeté une fois hors de son lit. La face est toute bleue. Pas de morsure de la langue ; pas d'aura. Les crises se sont répétées pendant tout le mois qu'a duré la laryngite. Après la guérison : voix normale ; épaissement des cordes vocales.

OBSERVATION XVII

(*Ruault. Journal de Médecine de Paris, 1892.*)

X..., homme, 72 ans.

Vient d'avoir un accès de vertige laryngé à la porte d'un

café. C'est la troisième fois depuis 35 ans que semblable accident lui arrive à 12 ou 18 ans d'intervalle, et toujours il a été pris dans des conditions absolument identiques, alors qu'il était assis à la terrasse d'un café après son repas. La chute a toujours été complète, bien qu'il fut assis et il a repris connaissance au moment où des assistants le relevaient. Il n'y a jamais eu le moindre malaise après l'accès qui a toujours été un accident tout à fait transitoire.

Santé bonne, malgré son âge.

Il boit et fume modérément.

Examen clinique négatif. Nez, pharynx et larynx absolument sains. L'attouchement du vestibule laryngé et des régions voisines avec une sonde ne provoque pas de reflexes exagérés.

OBSERVATION XVIII

(*Ruault. Loc. cit.*)

Homme 53 ans.

Bonne santé habituelle. Examen clinique complet négatif.

Urines normales. Aucun signe de tabes ou autre affection nerveuse.

Pas d'alcoolisme ni de tabagisme; cependant il lui arrive parfois de boire des liqueurs plus que de coutume, ce qui lui donne des pituites matinales pendant plusieurs jours.

En 1888, bronchite qui laisse à sa suite des accès de toux quinteuse. Puis à 5 ou 6 jours d'intervalle, le soir au moment du repas, surviennent des accès de vertige laryngé avec chute. La seconde fois il tombe sur l'angle de la cheminée et se blesse à la tête. Pas d'autres accès pendant plus d'un an.

En novembre 1889, bronchite légère; et le 10, au moment où il se croyait guéri, nouvelle attaque de vertige

laryngé également pendant le dîner. Sa femme a le temps de le soutenir; il reste assis et il reprend connaissance à l'instant sans s'être rendu compte de ce qui s'était passé, ainsi que les deux fois précédentes.

Sa femme a fort bien remarqué qu'il devenait rouge, mais qu'il n'y avait ni pâleur de la face consécutive, ni convulsion. Pas de nouvel accès depuis cette époque, bien que le malade ait tendance à tousser facilement.

Aucune lésion du pharynx ni du larynx. Déviation traumatique de la cloison nasale datant de l'enfance.

OBSERVATION XIX

(*Ruault. Loc. cit.*)

Homme, 51 ans.

Sanguin, légèrement obèse. Coliques hépatiques il y a quelques années. Urines normales. Aucun signe de tabès. En novembre 1891, bronchite qui lui a laissé des accès de toux. Quinze jours après le début de cette bronchite, premier accès de vertige laryngé le soir après dîner. Du mois d'octobre au mois de janvier 1892, cinq nouveaux accès toujours à la même heure, à intervalles à peu près égaux. De janvier à la fin de mai, époque où je vois le malade, il n'y a plus eu d'accès, mais la toux persiste. Quelques signes de bronchite; sibilances. Rien au pharynx, légère congestion du vestibule du larynx. Rien aux fosses nasales.

OBSERVATION XX

(*Ruault. Loc. cit.*)

Homme de 52 ans.

Bonne santé habituelle, aucun antécédent héréditaire ou personnel à noter. Aucun signe de tabès ou autre névropathie. Grand fumeur.

Accès de vertige laryngé pendant une réunion d'une

commission administrative, alors que le malade fumait une cigarette. Quatre ou cinq autres accès depuis lors, à intervalles variables, pendant une heure ou une demi-heure, presque toujours quand le malade fumait ou venait de fumer.

Le malade cesse de fumer après le dernier accès.

Depuis lors, (deux ans environ) les accès n'ont pas reparu. Rien à noter du côté des premières voies ni du larynx.

OBSERVATION XXI

Kurz Ed. Deutsche med. Woch. 1893). Résumée.

X..., 58 ans.

Enfant, il perdait fréquemment connaissance à propos de motifs futiles. A 55 ans, extirpation de plusieurs polypes du nez. Actuellement, laryngite aiguë : cordes vocales rouges. Dans le cours de cette laryngite et pendant deux soirées seulement, il a été pris d'accès de lipothymie laryngée ainsi caractérisés : en expectorant avec difficulté quelques mucosités, il perdait connaissance pendant quelques secondes seulement et tombait ; il avait le visage pâle, la bouche fermée ; la respiration était suspendue. En se relevant il ne manifeste que son étonnement. La laryngite guérit ; les accès de lipothymie ne se renouvellent pas.

Les 21 observations suivantes ont été empruntées au mémoire de Garel et Collet. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1894).

OBSERVATION XXII

S..., Louis, 54 ans, rouennier, 1^{er} mars 1894.

Mère morte de crises d'asthme. Un frère et trois sœurs bien portants.

Boit deux petits verres par jour. Ni obésité, ni goutte, ni rhumatisme. Pas nerveux, pas sujet aux accès d'asthme. Réflexes rotuliens normaux.

Tousse depuis deux ans tous les hivers avec de fortes quintes; on lui demande s'il n'a pas quelquefois perdu connaissance, il répond que cela lui est arrivé deux fois.

La première fois, il y a trois ans, deux heures environ après souper, il était assis. La quinte n'avait pas été longue; il a eu la face vultueuse et la tête s'est affaissée pour deux ou trois secondes; la pâleur de la face est survenue quand il a repris connaissance. Pas de rejet de mucus après la crise; il ne peut pas dire s'il avait des mouvements dans les membres. Le reste de la soirée s'est écoulé sans autre accident.

Il y a trois semaines, une demi-heure après le coucher, il a pris une quinte, s'est dressé en sursaut sur son lit; a eu trois ou quatre secousses de toux, et une perte de connaissance très courte. Pas d'éblouissement. Après cela, sans rejeter de mucus, il s'est endormi pour tout le reste de la nuit. A la deuxième crise, sa femme croit qu'il a eu un peu de tremblement des bras. Pas de miction pendant les crises.

Il prend souvent des quintes plus fortes que les deux quintes qui ont amené de la perte de connaissance. Toutes les quintes de toux débutent par un chatouillement au niveau du larynx.

Il déclare qu'il n'aurait pas fait mention de la perte de connaissance si on ne l'avait pas interrogé à cet égard, car il n'y avait attaché aucune importance.

Rien à l'examen des poumons. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Rien à l'examen laryngoscopique. Un peu de pharyngite sèche et de rhinite postérieure. Luette un peu longue. Rien à la rhinoscopie antérieure.

OBSERVATION XXIII

L'abbé., 46 ans. Un cousin germain (côté paternel) mort dans un asile d'aliénés.

Une sœur morte de phtisie laryngée.

Père mort à 58 ans, d'un cancer de l'estomac.

Pas d'épileptiques dans la famille. Lui-même pas névropathe, ni goutteux, ni rhumatisant.

A 18 ans, fièvre intermittente qui a duré trois mois. Pas d'autre maladie.

Depuis quatre à cinq ans devient obèse et prend de l'oppression tous les hivers; toux coqueluchoïde.

Il y a trois ans, après dîner, il faisait une partie de cartes, lorsqu'il a pris une petite quinte de toux, deux ou trois coup seulement, et sa tête est tombée sur sa poitrine, en même temps que les cartes s'échappaient de sa main. Pas de secousses dans les membres. La durée de l'accès a été très courte. Rougeur intense, puis de la pâleur.

Il y a trois semaines, à deux heures de l'après-midi, il a pris une quinte de toux et en s'approchant de la cheminée pour craher il a regardé l'heure à la pendule. A ce moment perte de connaissance; il tombe sur le parquet, se relève et constate que l'aiguille de la pendule n'a même pas avancé d'une minute.

Hier (14 janvier 1894), à midi, avant dîner, assis sur un fauteuil, a pris une quinte très légère, deux ou trois coups à peine, a senti des mucosités qui obstruaient sa gorge, et éprouvé une sensation de resserrement au gosier; il a perdu connaissance quelques secondes. Un témoin n'a pas même eu le temps de s'en émouvoir. En même temps qu'il revenait de sa syncope, il avait des convulsions cloniques dans les bras. Il est devenu violet pendant sa perte de connaissance, pâle

ensuite. Enfin, retour du facies normal. Pas de miction involontaire. Pas de mouvements de l'abdomen.

Après la crise il n'a rien éprouvé et a mangé comme d'habitude.

Il dit ne pas rejeter de mucosités après la crise. Quand il a de fortes quintes de toux, il a quelquefois des éblouissements sans perte de connaissance.

Examen du larynx. A peine un peu de laryngite. Voile léger de la voix. Rien au pharynx, ni au nez. Pas d'hypertrophie de la tonsille linguale. Aux poumons quelquefois râles de bronchite. Rien au cœur.

17 janvier 1894. Le malade n'a eu qu'un éblouissement avec sensation de picotement d'aiguille dans le larynx. Il croit qu'il peut arrêter l'accès, au moment où il se prépare, en se retenant de tousser ou en suçant quelque pastille. Il n'y a aucun rapport entre la perte de connaissance et l'intensité de la quinte.

20 janvier 1894. Les urines ne contiennent pas d'albumine (un premier examen, fait cet été, avait été également négatif).

Pas de nouvel ictus.

Le malade dit qu'au moment des quintes de toux, lorsqu'elles sont très fortes, et plus encore, après la quinte après avoir craché, il éprouve assez souvent des bourdonnements dans la tête et dans les oreilles, sans suffocation ; il a en même temps une sensation de fourmillement, surtout dans les bras, avec de petites trépidations involontaires. Cet état dure une à deux secondes et est suivi d'une sensation de grande lassitude.

OBSERVATION XXIV

Homme de 58 ans, comptable, 8 juin 1893. Rhumatisant. Pas de nerveux dans sa famille. Il y a huit ans, après des ennuis nombreux et du surmenage, des troubles nerveux ; assez fréquemment il lui prenait des envies de pleurer.

Il a eu des quintes de toux déterminées par un chatouillement de la gorge, qui aboutirent deux ou trois fois à une

chute avec perte de connaissance, de « une demi-minute ». Au moment de l'attaque, congestion de la face ; il ignore s'il survenait ensuite de la pâleur. Quelques mouvements cloniques dans les bras. Pas de miction.

Guéri par le bromure de potassium ; depuis qu'il en prend il n'a plus eu d'accès, mais il a depuis un mois des chatouillements à la gorge qui provoquent la toux, et une sorte de vertige sans perte de connaissance.

Rougeur du pharynx et des cordes.

OBSERVATION XXV

Mad. M., 39 ans, sans profession, 13 novembre 1893. Son père et sa mère sont morts *diabétiques*. Pas de maladies nerveuses dans sa famille. Deux fièvres typhoïdes pendant son enfance. A eu six enfants et deux fausses couches. A eu quelques chagrins. Pleure souvent.

Il y a neuf ans, plébite double, suite de couches, et depuis cette époque toux coqueluchoïde ; mais cette toux était rare et se calmait vite.

Il y a quatre ans, sans cause connue, les accès de toux sont devenus plus fréquents et plus longs, se terminant quelquefois par des vomissements. Il y a quatre ans, à table, elle a pris une forte quinte de toux, qui a brusquement abouti à une perte de connaissance de très courte durée, n'excédant pas « quelques secondes ». Elle n'a jamais eu que cet accès complet. Depuis six mois la toux est beaucoup plus violente, elle est redoublée par le froid, le brouillard, l'entrée dans une pièce surchauffée ; bien plus rare la nuit.

Les attaques incomplètes qu'elle présente encore, débutent par un chatouillement, ou une sensation analogue à une piqûre d'épingle dans le larynx, puis la toux éclate, quinteuse, rapide, et avec quelques reprises intercalées comme dans la coqueluche. La face est vultueuse et la crise se termine par le rejet d'un peu de mucus. Il n'y a pas de perte de connaissance, mais un simple éblouissement ; les yeux se con-

gestionnent, les oreilles bourdonnent et l'ouïe est affaiblie. Dans quelques accès elle croit bien qu'elle éprouve une ou deux secondes d'absence légère, mais elle n'est jamais tombée (sauf il y a quatre ans) et sa tête ne s'affaisse pas sur sa poitrine. Jamais de mouvements cloniques. A la congestion de la face succède un peu de pâleur.

Rien au larynx. Quelques granulations au pharynx. Rien dans le nez et le pharynx nasal. La luette et la base de la langue sont normales.

Les urines, d'apparence normale n'ont ni sucre, ni albumine.

Traitement : sirop de morphine.

Quatre mois après la maladie revient : elle a été très soulagée, pendant trois semaines surtout. Depuis un mois les accès tendent à revenir, mais moins forts. Pas d'ictus. Les étouffements sont moins longs.

OBSERVATION XXVI

M. B. 48 ans, voyageur de commerce, 5 octobre 1893. Pas de goutteux dans sa famille. A depuis 15 ans des pertes séminales, syphilis douteuse, surmenage. Il tousse depuis 5 ans d'une toux quelquefois quinteuse, surtout depuis 3 ou 4 mois, mais toujours sans expectoration.

Il y a cinq jours, à table, au café, il a pris pour la première fois une quinte de toux très forte. Sa tête est tombée sur la poitrine ; le journal s'est échappé de ses mains et il a perdu connaissance en s'affaissant sur la banquette. Il estime que la perte de connaissance a à peine duré « une demi-minute », car personne n'est venu lui porter secours ; il a simplement vu que ce mouvement avait attiré l'attention.

Il y a 1 mois 1/2, en se promenant, il a toussé deux ou trois fois très fort, a éprouvé des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements et est tombé de sa hauteur ; il s'est relevé de suite ; la perte de connaissance a été beaucoup plus fugitive que la première fois. Pas de miction involontaire. Après la quinte il dit être très rouge, les yeux injectés. Il n'expectore

pas après les quintes. L'examen du larynx est négatif. Rougeur du voile, des piliers et de la luette. Enduit pâteux sur la langue et sur les piliers. Epaissement symétrique de la cloison nasale. Rien à l'auscultation du cœur et des poumons. Les urines n'ont ni sucre, ni albumine.

Traitement : bromure et badigeonnages du pharynx à la glycérine iodée.

OBSERVATION XXVII

M. C. 44 ans, 14 juin 1892. Pas de goutteux dans sa famille. Bronchite il y a deux mois. Il y a un mois, premier accès ; à 8 heures 1/2 du soir, il était assis, lorsqu'il a pris une quinte de toux et s'est retrouvé par terre le front entamé. Depuis, 8 à 10 accès ; quelques-uns pendant qu'il était couché. Son dernier accès a eu lieu hier au soir : la perte de connaissance a duré à peine « une demi-minute ». L'accès débute par un chatouillement à la gorge, suivi de toux convulsive et de perte de connaissance. Pendant la perte de connaissance, les bras sont agités de mouvements convulsifs. Bonne santé dans l'intervalle des accès ; il crache seulement des mucosités très difficiles à arracher, et qui, d'après lui, peuvent déterminer la crise.

Quelques granulations au pharynx.

Rien dans les urines, cœur normal, un peu d'emphysème pulmonaire.

OBSERVATION XXVIII

M. Gon, 51 ans, droguiste. 26 janvier 1893. Père bien portant. Mère morte en couches. Deux blennorrhagies. Pas d'enfants. A eu un jour une sorte d'orchite en portant sur l'épaule un fardeau énorme ; il a guéri très vite. Jamais de maladie antérieure. N'est pas nerveux. Influenza en 1890 ; il est sorti trop tôt et a eu un point pleurétique à gauche pendant 4-5 jours.

Depuis l'année dernière, quelques douleurs sur le cou de

pied gauche qu'il a fait disparaître par des pilules anti-goutteuses.

En 1892, il a toussé tout l'hiver, et en décembre 91, il avait pris déjà une quinte de toux pendant laquelle il est tombé sur le coin de son bureau. Il a pris 20-25 crises en hiver, espacées à peu près régulièrement tous les 2 ou 3 jours ; il en a pris quelquefois deux par jour. Les crises surviennent à 7 heures, après son diner, et quelquefois pendant la nuit.

L'accès débute par un chatouillement au-dessous du sternum, plus ou moins long, suivi d'une toux, bornée quelquefois à 3 ou 4 coups ; la figure se congestionne et il perd connaissance très peu de temps (7-8 secondes?). Après l'accès, pâleur très marquée. Il n'urine pas pendant les accès.

Pendant l'ictus et après, il a quelques mouvements légers dans les doigts. Rien à l'abdomen, ni dans les membres inférieurs.

Il éprouve quelquefois, pendant ses quintes suivies d'ictus, un fourmillement général le parcourant de la tête jusqu'aux pieds. Il a eu une fois un accès en conduisant son cheval, et a été transporté, sans tomber, sur une longueur de 35 mètres.

Se plaint d'insomnies fréquentes, de démangeaisons qui le réveillent pendant la nuit, et de transpiration à partir de 1 heure du matin, avec une sensation de grande lassitude dans les reins. Il a eu quelquefois des filets de sang dans ses crachats. Ni sucre, ni albumine. Examen des organes négatif.

Traitement : Bromure de potassium.

Six semaines après, revient de voyage : le traitement bromuré a diminué le nombre des accès.

OBSERVATION XXIX

M. C. 49 ans, liquoriste, 22 novembre 1893. Mère morte d'une attaque d'apoplexie à 85 ans ; elle était rhumatisante et avait les doigts déformés. Père mort à 74 ans, sœur vivante, rhumatisante. Pas de nerveux dans sa famille : n'est pas nerveux lui-même, a toujours un peu toussé depuis une dou-

zaine d'années. Un peu d'alcoolisme ; a pris aussi de l'absinthe, mais sans exagération. Depuis 4-5 ans, a de la congestion tuberculeuse des sommets, et a craché quelques filets de sang. Il a de l'expectoration purulente été et hiver, les deux sommets présentent des râles humides et des craquements. Il avait maigri il y a un an, mais a bien repris depuis cette époque.

Depuis un an, il a des nodosités discrètes aux articulations des phalanges.

Il y a 4 ans, après dîner, en hiver, près du feu, il a pris une quinte violente avec congestion de la face, puis perte de connaissance ; sa tête est tombée sur sa poitrine. Il a repris connaissance « quelques secondes après, » la quinte étant finie. Deuxième crise semblable six mois après. Il y a deux ans, troisième crise ; étant debout avant le dîner ; il a pris une quinte et est tombé par terre sans connaissance. Il ne sait pas s'il avait des tremblements dans les bras : sa femme prétend qu'il en aurait eu. Pas de miction. Quatrième crise, hier après dîner. En se levant, il a pris une quinte suivie de perte de connaissance. La quinte a cessé immédiatement. Il a la face rouge d'abord, puis pâle.

Réflexes rotuliens normaux.

Examen des urines négatif au point de vue du sucre et de l'albumine.

OBSERVATION XXX

M. D... 45 ans, 3 août 1892. Rhumatisme vague depuis 17 ans. Début des accidents il y a cinq semaines. En tout cinq accès.

L'accès est toujours nocturne. Il débute par un seul coup de toux, puis survient de l'étouffement ; il devient rouge, puis pâle après la perte de connaissance ; il est glacé après l'accès, et crache des glaires. Il prétend que l'accès dure 1 à 2 minutes (?). Il en est survenu deux dans une même nuit, une autre fois il y a eu quinze jours d'intervalle.

Rien à l'examen du nez et du larynx.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

OBSERVATION XXXI

L. F. . 38 ans, notaire (janvier 1894).

Bronchites accompagnées de violentes quintes de toux, tousse les hivers depuis plus de dix ans. Enroué depuis 3 mois. A fait cette année même avec un succès relatif une saison à Saint-Honoré. Appartient à une famille d'asthmatiques et de catarrheux. Aucun antécédent nerveux héréditaire ou personnel. Fume beaucoup et présente de la pharyngite granuleuse ainsi que de la rougeur des cordes vocales. A eu trois fois de l'ictus laryngé sans toux, sous l'influence d'un rire forcé, provoquant une sorte de suffocation. Pas de renseignements sur le premier accès, le deuxième eut lieu au mois d'août en riant au théâtre, le troisième et dernier accès date de janvier dernier, pendant qu'il écoutait un compliment de son enfant et se retenait de rire. Les accès, très courts, avaient lieu dans la position assise. La tête s'affaissait quelques secondes; la face était congestionnée; la pâleur survenait ensuite. Pas de mouvements des bras. Aucune fatigue après l'accès.

Rien du côté des urines. Rien au cœur.

Bronchite légère

OBSERVATION XXXII

M. Ca..., 48 ans, pharmacien. Trois diabétiques dans sa famille : un grand père, un oncle et sa mère.

Les accès remontent à 5 ou 6 ans, les premiers sans perte de connaissance, puis survint six mois après le début des accès avec perte de connaissance.

L'accès commence par un chatouillement très fugace au niveau du larynx, suivi d'un coup de toux, puis de perte de connaissance, avec asphyxie, cyanose et secousses dans les membres supérieurs, dans le ventre et un peu dans les jambes, la durée n'excède pas « 2 secondes ». Quelquefois après l'accès pâleur. Depuis quelque temps il crache du sang après l'accès, sans morsure de la langue.

Les odeurs de cuisine et l'éther provoquent les accès, le chloroforme les calme.

Une seule fois le malade est tombé par terre. L'inspection du larynx, du nez et du pharynx est négative.

La proportion de sucre dans les urines varie de 66 grammes à 3 grammes.

OBSERVATION XXXIII

M. R., négociant, 48 ans, 26 septembre 1890.

Obèse depuis une dizaine d'années. Depuis 1870 dyspepsie nerveuse. Tous les hivers il a de la bronchite. Asthmatiques dans sa famille ; mais jamais de goutte chez lui ni chez les siens. Pas de rhumatismes.

Depuis l'hiver éprouve des picotements dans la gorge. On constate que la luette est très longue, et présente un papillôme à sa base, mais le malade refuse toute opération.

Le malade revient cinq jours après, et raconte qu'il était assis, jouant aux cartes après dîner, lorsqu'il a eu trois ou quatre fortes secousses de toux ; il a éprouvé une sensation de strangulation et a perdu connaissance quelques secondes (trois secondes environ) : la tête s'est affaissée. Il a passé la soirée et la nuit sans incident. Il a eu au moment de l'ictus une congestion intense de la face, suivie de pâleur. Pas de mouvements dans les bras, il a eu besoin d'uriner après l'ictus.

Une semaine après, section de la luette, le malade raconte qu'il a quelquefois, après le repas, une sorte de toux violente avec un peu de suffocation et éblouissement passager : il voit rouge.

Rien au cœur. Aux poumons râles sonores ; quelques frottements à la base du poumon gauche. Ni sucre, ni albumine. N'a plus repris d'accès.

OBSERVATION XXXIV

Ju..., 55 ans, employé de bourse. Père, oncle et frère gouteux. Lui-même n'a pas de goutte nette : il a seulement

quelques douleurs et une rétraction tendineuse de l'annuaire, plus marquée à gauche.

Il a toujours toussé. Il y a 16 ou 17 ans, pendant un accès de toux, sa tête s'est affaissée avec perte de connaissance « d'une seconde ». Quatre ou cinq ans après, en se levant, il toussa et tomba de sa hauteur. Quinze jours après, après un coup de toux, nouvel ictus avec mouvements cloniques des bras, jamais de miction involontaire. Cinq ans après, en avril, après un rhume, la toux augmente et il prend huit crises en trois semaines, les crises sont toujours très-courtes : il a le cou gonflé et le facies rouge.

Il y a trois semaines, nouveau rhume avec picotements dans la gorge, et cinq crises sans perte de connaissance complète, mais avec bourdonnements d'oreille et vertiges. Cette nuit, crise brusque et complète après un coup de toux.

Il a aussi des périodes où il s'étouffe en mangeant, quelquefois plusieurs fois pendant le même repas.

Cordes vocales un peu rouges. Aux poumons un peu d'emphysème et quelques râles muqueux. Rien au cœur. Urines sans sucre, ni albumine.

Traitement : extrait de belladone 0 gr. 02, terpine, iodure de potassium 2 grammes, cocaïne.

Revient une semaine après. Pas de crises depuis sa dernière visite ; il tousse encore, mais beaucoup moins. Pendant les quintes il sent un étouffement qui lui monte au cou et détermine à la gorge un picotement qui provoque la toux.

On remplace la belladone par du sirop de morphine.

OBSERVATION XXXV

Lim ..., 39 ans, épicier marchand de vins, 15 février 1890. A été il y a 3 ans mordu par un chien enragé, a suivi quinze jours le traitement Pasteur ; est très nerveux depuis.

Pas de goutteux dans sa famille. Avant le début de l'affection, céphalagie pendant 5 ou 6 ans. Tous les jours à dix heures du soir, quintes de toux pendant une heure environ.

A une heure du matin, reprise des quintes. Ces accidents durent depuis 9 ans : il est plus fatigué depuis l'influenza.

Nombreux polypes du nez qu'on enlève en deux séances.

Revient le 26 février, les quintes ont été beaucoup moins violentes.

31 octobre 1890. Le malade revient du Mont-Dore : il ne reste plus que quelques petits polypes ; un badigeonnage à la cocaïne fait éclater un accès de toux spasmodique avec secousses vives des muscles abdominaux et de la poitrine. Pas de secousses dans les membres et pas de perte de connaissance. La crise se termine par un rejet de mucosités. Une cautérisation au galvano-cautère produit le même accès. Le malade prétend que depuis quelque temps sa figure grimace pendant les accès de toux.

Le malade avoue, à la suite de cet accès de toux, qu'il perd connaissance pendant les quintes depuis 6 ans. Aussitôt l'hiver arrivé, il se met à avoir des quintes pendant toute sa durée, à intervalles variables. Elles débutent par un chatouillement à la gorge qui provoque la quinte et aboutit très souvent à une perte de connaissance (trois ou quatre fois par semaine et même par jour). Quelquefois il perd connaissance au début du chatouillement et la quinte disparaît. La perte de connaissance dure de « 1 à 5 secondes » mais surtout « 1 ou 2 ». Il a, mais non toujours, des convulsions cloniques des deux bras, au début des crises : rien aux jambes. Souvent, quand il reprend connaissance, il a encore deux ou trois secousses. Quelquefois la tête tombe. Mictions et selles involontaires très rarement. Il est tombé souvent par terre, aussi s'assied-il maintenant au moindre chatouillement. Il lui arrive quelquefois de prendre des accès la nuit, mais il les prend surtout à dix heures du soir.

27 mai 1891. Il a passé tout l'hiver dans de bonnes conditions, sans prendre de crises depuis la dernière opération. Depuis un mois, une fois par jour, il reprend encore quelques crises bien moins fortes, mais toujours avec perte de connaissance : il peut cependant faire avorter les crises en se badigeonnant à la cocaïne.

Pas trace de polypes.

L'insensibilisation du nez à la cocaïne produit des secousses cloniques de la tête et du tronc pendant le passage du pinceau.

31 oct. 91. — Été excellent, mais depuis un mois, il reprend des crises à cinq heures du soir avec sifflement dans la poitrine. Dès qu'il est au lit, la quinte éclate, de même qu'autrefois, avec perte de connaissance. Pas de récurrence des polypes.

OBSERVATION XXXVI

M^{lle} Rad..., 17 ans, 28 mars 1890. A depuis longtemps les amygdales grosses : amygdalotomie en 1888 à cause de ses angines fréquentes.

Influenza au début de janvier. Vers le milieu de janvier toux très opiniâtre débutant par un chatouillement au cou : pas de quintes la nuit, mais surtout après les repas et dans l'après-midi. Lorsque les quintes duraient, elles se terminaient par un évanouissement de quelques secondes. Après la perte de connaissance la quinte était terminée. Au mois de février la malade avait 5 à 6 évanouissements par jour, pendant lesquels pas de secousses dans les membres. Pendant l'évanouissement, pâleur très grande, traits étirés, figure contractée. Jamais de perte d'urine. A partir de cette époque un badigeonnage de cocaïne à 1/20 pratiqué chaque fois qu'un chatouillement se faisait sentir, a fait diminuer considérablement les évanouissements et la toux. Ceux-ci ne se sont plus montrés que 2 fois environ, et surtout lorsqu'elle ne pratiquait pas le badigeonnage immédiatement. Elle prétend ne plus chanter juste depuis plusieurs mois.

Hypertrophie de l'amygdale pharyngienne et de l'amygdale linguale ; opérée le 26 septembre et le 28 octobre.

OBSERVATION XXXVII

M. J... tailleur, 39 ans, 12 juillet 1889. Dyspeptique. A eu un seul accès en 1888 ; et deux accès la semaine passée.

L'accès débute toujours après dîner et dans la position assise. Ce malade prend une quinte de toux qui aboutit à une perte de connaissance de « une seconde ». La tête tombe et se relève immédiatement. Pas de convulsions dans les bras.

En 1890. Deux accès à 8 jours d'intervalle pendant un rhume.

10 avril 1891. Revient pour de nouveaux accès : deux le même jour et un la veille. Cette crise nouvelle est la conséquence d'une bronchite aiguë. Les accès viennent à l'occasion des quintes de toux : le sang lui monte à la tête, il prend un étourdissement et perd connaissance « une seconde » à peine.

A l'examen laryngoscopique, simple rougeur des cordes.

OBSERVATION XXXVIII

M. G..., curé de campagne, 55 ans

Pas de goutteux dans sa famille, mais la plupart de ses parents (oncles, tantes, etc.), ont une tendance marquée au catarrhe laryngo-bronchique. La mère, de santé très faible, a craché le sang toute sa vie.

Lui-même eut, en 1857, une affection grave du larynx (aphonie, amaigrissement, hémoptysie), et fut considéré comme tuberculeux. Depuis, sa voix « n'a plus rien valu ». Il demeura dans cet état pendant les dix années suivantes, crachant du sang, toussant pendant des mois entiers, obligé à chaque instant de demander des congés ; puis la santé générale revint, surtout pendant les dix dernières années où il a augmenté de 75 à 90 kilos, son poids actuel ; mais il continue à tousser l'hiver avec recrudescence au printemps, jamais en été. Depuis 20 ans, eczéma lichénoïde des avant-bras et des mains. Pas de goutte nette, mais a de la sciaticque et des douleurs musculaires. Aspect d'arthritique, très vigoureux, au visage fortement coloré.

La voix est habituellement voilée, couverte ; d'une façon plus marquée depuis deux mois. Le malade éprouve une gêne continuelle au niveau du cartilage thyroïde. L'examen du

larynx ne révèle qu'une légère rougeur marginale des cordes. Déviation considérable à droite de la cloison nasale.

Au moment des bronchites il a une expectoration copieuse, abondante, quelquefois plus fluide, avec quelques filets de sang. Première crise d'ictus laryngé en février 1889. Il a eu un chatouillement au larynx avec la sensation de quelque chose qui remonte (le malade montre sa trachée). Perte complète de connaissance. Pas de convulsions cloniques. Pâleur. Au réveil, ahurissement, yeux hagards; crachats écumeux et rosés. L'ictus s'est annoncé par un violent accès de toux. Deuxième crise deux ans plus tard, mois pour mois (février 1891). Même description que la première.

Cette observation a été prise en juin 1891. Le malade revu l'année dernière (juin 1893) n'a pas eu de nouveaux ictus laryngés.

OBSERVATION XXXIX

P..., Jean, 42 ans, tourneur.

Père mort à 73 ans d'infection indéterminée. Mère morte, à 36 ans, de refroidissements. Un frère et une sœur vivants bien portants. Marié deux fois. De son premier mariage il a eu deux enfants morts à leur naissance. Pas d'enfants de sa seconde femme. Pas de maladies nerveuses, d'épilepsie, ni de goutte dans la famille.

Lui-même ni syphilis, ni rhumatisme; aucune maladie antérieure. Pas de convulsions pendant son enfance. Pas d'alcoolisme avéré; seulement quelques excès de boissons de 25 à 35 ans. Il est fumeur.

A l'âge de 3 ans, il a fait une chute sur le nez et présente une déviation de la cloison, obstruant complètement la narine droite.

Le malade tousse depuis 3 ans. Sa toux est fréquente, quinteuse, très pénible, parfois suivie de vomissements, mais toujours de nausées. Jamais d'hémoptisie. L'expectoration qui suit la toux est incolore, glaireuse.

Depuis cinq ou six mois le malade a quatre fois perdu con-

naissance à la suite des quintes de toux, à un intervalle de un mois et demi environ.

Elles sont toujours survenues une ou deux heures après avoir mangé.

Le début est marqué par une sensation de chatouillement, puis de constriction à la gorge. Une quinte de toux se produit, les narines s'obstruent, la bouche se remplit d'écume, les yeux pleurent, la face est congestionnée ; le malade se met à vaciller, cherchant un point d'appui et perd alors complètement connaissance, quelques secondes seulement.

Pendant la quinte : sensation de constriction à la ceinture, mouvements involontaires, cloniques, dans les bras et quelques convulsions, secousses abdominales ; les mouvements des bras commencent déjà avant la perte de connaissance. Pas de miction involontaire, pas de morsure de la langue.

L'accès dure de quatre à cinq minutes et se termine par le rejet facile de mucus abondant. Au moment où le malade reprend connaissance sa figure est très pâle, les yeux égarés. Il se sent très abattu, sans force, incapable d'aucun travail, puis, au bout d'un quart d'heure à vingt minutes, ces phénomènes disparaissent, les forces reviennent et le malade reprend son travail. Il conserve cependant assez longtemps une fatigue des yeux caractérisée surtout par une cuisson intense.

Outre ces accès avec perte de connaissance, le malade présente aussi presque tous les jours, à la suite des quintes de toux, les mêmes phénomènes de pertes des forces et d'affaïssement général, mais sans perte de connaissance.

Les quatre accès sont survenus dans des positions variables. Lors du premier, le malade était assis sur l'impériale d'un tramway : lors du deuxième, il était couché dans son lit, le troisième l'a surpris dans son atelier, pendant son travail, et le quatrième pendant qu'il se promenait à la campagne après dîner.

Peu de temps après, les quintes de toux ont disparu sous l'influence d'une faible dose de morphine. Quelques signes de

bronchite à l'auscultation. Rien au cœur. Urines sans sucre ni albumine.

4 décembre 1893. Le malade prend une quinte devant nous ; il présente de fortes inspirations avec bruit glottique, une reprise inspiratoire rappelant celle de la coqueluche et du tirage. Il n'a pas eu de perte de connaissance, et cette crise s'est terminée par le rejet de mucosités. On a recherché soigneusement le tabes : seulement une légère diminution des réflexes rotuliens.

Un peu de pharyngite granuleuse, un léger soupçon de rougeur des cordes vocales et un spasme unilatéral de la corde vocale gauche. Le sujet est très nerveux et irritable.

28 décembre 1893. Le malade n'a plus repris d'accès avec perte de connaissance. Les quintes de toux sont moins fortes ; lorsqu'elles sont violentes, il est obligé de chercher un point d'appui, sans perdre complètement connaissance.

Légère rougeur des cordes, surtout à la commissure antérieure. On fait une séance d'électrolyse sur la déviation de la cloison proéminente à droite.

30 janvier 1894. Le malade a eu le 26 janvier un accès de vertige laryngé avec perte de connaissance complète après le diner.

OBSERVATION XL

M. J. G..., 52 ans, juillet 1894.

Ni goutte, ni diabète dans la famille. Mère morte d'une attaque d'apoplexie. Père mort de catarrhe pulmonaire. Pas d'épilepsie dans la famille. Il y a 10 ans, rhumatisme goutteux. Se plaint de tousser très facilement ; éternue à tout propos ; a eu deux accès d'asthme. Rien du côté du nez ou du pharynx nasal. Luette normale. Le malade disant que sa toux est très quinteuse, on lui demande s'il perd connaissance, et il répond qu'en effet cela lui est arrivé 5 fois en 3 ans. Il n'aurait attaché, dit-il, aucune importance à ce détail, si on ne l'avait interrogé à ce sujet. L'ictus survient dans les forts accès de toux ; mais il prend aussi fréquemment des accès aussi forts

sans perte de connaissance. L'accès débute par un chatouillement laryngé et l'absence dure de 8 à 10 secondes. La face est très congestionnée. Le malade ne sait pas s'il y a de la pâleur après l'accès.

Pas de rejet de mucus après la crise. Jamais de mictions involontaires. Il n'a pris des accès avec ictus que l'hiver. 1^{er} accès il y a 3 ans après souper, étant assis en fumant un cigare ; il a simplement renversé la tête en arrière ; 2^e accès 2 ou 3 mois après, assis en chemin de fer après dîner ; 3^e accès, 8 mois après ; 4^e accès, l'hiver dernier à Cannes, en sortant d'un café ; il ouvre la porte tousse et tombe sans connaissance ; 5^e accès étant à table chez lui, il a glissé de sa chaise. Il avale souvent de travers, surtout en buvant. Rien au larynx, ni au cœur. Râles humides des deux bases. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

OBSERVATION XLI

M. Bout. 32 ans, 11 avril 1894.

A perdu son père et sa mère en bas âge. Très impressionnable, il pleure facilement.

Il y a cinq ans, douleur au gros orteil pendant une semaine, guérie par la salicylate de soude. Obèse depuis plusieurs années. Existence très active à la campagne. Un peu d'alcoolisme. Tousse et crache tous les matins. Vers le 6 janvier dernier, il a toussé pendant 4 jours et 4 nuits sans interruption. La toux était coqueluchoïde (sa fille avait alors la coqueluche). La voix est devenue rauque en même temps, et la toux a persisté tout en étant moins fréquente, mais toujours quinteuse. Le malade déclarant qu'il avait des quintes à se rouler sur le parquet, on l'interroge au point de vue de l'ictus, et il déclare qu'en effet, dans l'espace d'un mois, il a perdu 3 fois connaissance. Les accès ont eu lieu le jour, à 2 ou 3 jours d'intervalle, mais il pense que durant une dizaine de jours il a dû avoir des accès nocturnes.

Il est tombé 2 fois par terre et a perdu connaissance une

fois, étant assis, en écrivant. La crise débute par un chatouillement laryngé. Les quintes avec ictus étaient ordinairement plus courtes que celles sans ictus. La perte de connaissance durait 2 secondes à peine. Il avait de la congestion de la face ; il ignore s'il y avait de la pâleur consécutive. Pas de mouvements des membres. Aucune lésion du nez ou de la gorge. Rien aux poumons ni au cœur. Pas d'albumine dans les urines.

OBSERVATION XLII

M. Gar..., 40 ans, appréteur.

14 août 1894. Pas d'antécédents goutteux dans sa famille, ni chez lui-même. Pas d'épilepsie. Un peu obèse depuis l'âge de 30 ans. Santé générale excellente. Pas nerveux. Tousse depuis 15 jours, pas sujet aux bronchites. Toux très quinteuse depuis le début. Avant-hier, après dîner, étant assis, il a pris une quinte, s'est appuyé contre la cheminée, a perdu connaissance et est tombé par terre ; il s'est fait deux ecchymoses au front, à droite. La perte de connaissance n'a duré que quelques secondes. On l'a relevé de suite ; il avait déjà repris ses sens. Il avait eu un chatouillement laryngé très intense avec sensation d'étouffement. Congestion de la face. Il ne sait pas s'il a été pâle après la crise. Pas de miction involontaire. Hier, 2^e ictus, précédé d'une quinte ; pendant qu'il était assis avant le repas du soir, la tête s'est affaissée sur la table. La perte de connaissance a été tellement courte, que de toutes les personnes présentes, son frère seul a pu s'en apercevoir. Jamais d'autres accès de ce genre : il n'avale pas habituellement de travers ; mais a pris du spasme du larynx, il y a 6 ans, pendant la nuit.

Rien au cœur ; rien au larynx ou au nez. Quelques gros râles dans la poitrine. Ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION XLIII

Leclerc. — Société des sciences médicales de Lyon ; novembre 1894.

M, X., placier en vins et liqueurs ; 48 ans ; le 17 novembre 1894.

Depuis de longues années, excès alcooliques ; à l'âge de 30 ans, syphilis sérieusement traitée, suivie d'accidents secondaires légers et n'ayant depuis, donné lieu à aucune manifestation.

A l'âge de 35 ans et dans l'espace d'un an (1880-1881), le malade fut pris de trois attaques d'ictus laryngé, les trois fois après son repas : la première fois il était encore à table, les deux autres il était dans la rue, venant de manger. Les trois accès furent identiques : subitement il fut pris d'une sensation de chatouillement ; presque aussitôt, et après seulement quelques secousses de toux, il perdit connaissance, et s'affaissa.

Il ignore s'il a eu des secousses convulsives dans les membres, mais avant qu'on ait eu le temps de lui apporter des secours, il pouvait se relever, marcher, et en pleine possession de tous ses moyens, il reprenait ses occupations sans éprouver le moindre malaise consécutif.

L'accès tout compris n'avait pas duré une minute.

Postérieurement à ces accès (1882), il eut une première atteinte de goutte franche, suivie depuis, de deux autres.

En 1884, on constate chez lui pour la première fois, l'existence d'un diabète sucré, qui paraît avoir été intermittent.

Au commencement de 1894, il a eu la coqueluche, qui, pendant plus d'un mois, et plusieurs fois par jour, a donné lieu à des quintes de toux prolongées, asphixiantes, et qui ne sont jamais accompagnées de perte de connaissance.

Actuellement, en 1894, il rentre à l'hôpital pour son diabète, qui se traduit par 28 grammes de glucose pour deux litres d'urine en 24 heures. Les urines renferment une faible quantité d'albumine. Le second bruit du cœur au foyer aortique est nettement retentissant; les artères radicales sont un peu grosses et un peu sinueuses: le malade est sans doute artério-scléreux. Enfin il présente un triple mal perforant le pied droit.

Examiné soigneusement, il ne présente aucun signe de tabès, ni la moindre stigmate d'épilepsie.

Le larynx et le naso-pharynx, examiné par Garel, n'offrent aucune lésion; c'est à peine si les cordes vocales ont actuellement une teinte rose, qui tient sans doute à ce que le malade tousse depuis quelques jours. D'ailleurs le malade affirme qu'il n'avait pas le moindre rhume lorsqu'il a eu ses accès d'ictus laryngé.

Sous l'influence d'un régime alimentaire approprié, a presque totalement disparu.

OBSERVATION XLIV

Morklein. — Thèse Bédos. Paris 1895.

Maçon, 39 ans; le 3 octobre 1895.

Ni syphilis, ni alcoolisme, ni tare nerveuse. Embompoint; signes d'emphysème pulmonaire notable. Pas de bronchite ni de congestion pulmonaire. Examen du pharynx négatif.

Depuis 3 semaines, et 2 ou 3 fois par jours, est pris de crises d'ictus laryngé. Elles débutent par picotement du larynx, accompagné de gêne rétrosternale et déterminant simultanément la toux quinteuse, la sensation de strangulation, bientôt suivie de cyanose et sueurs de la face, parfois d'épistaxis, enfin d'une sorte de vague cérébral avec obnubilation de la vue et de chute avec ou sans perte de connaissance. La chute marque la fin de la crise, la toux cessant aussitôt et le malade se relevant

immédiatement n'éprouve aucun malaise et reprend son travail comme si rien ne s'était produit.

Traité par l'antipyrine. Dès le deuxième jour les crises d'ictus cessent ; les quintes de toux sont moins fréquentes.

Actuellement par légère pression au niveau du larynx, toux, coqueluchoïde, avec presque instantanément cyanose de la face.

OBSERVATION XLV

Lormoyez. — in thèse de Bédos. Paris 1895.

X..., 57 ans, est arthrique, emphysémoteux. Ni albumine, ni sucre dans les urines. Rien au cœur. Grand néorophate.

Siphilis à 27 ans ; n'en présente aucune manifestation.

Depuis un grand nombre d'années, empyème de plusieurs sinus, encombrant le nez de croûtes et de mucopus.

Depuis quelques années, secondairement à la sinusité, pharyngite sèche ; et cet hiver, laryngite, se manifestant par : 1^o de la raucité de la voix et 2^o des crises de toux quinteuse, pendant lesquelles le malade se cyanose et perd presque connaissance pendant quelques secondes au point de perdre l'équilibre ; cependant jamais de chute véritable. C'est en somme un accès d'ictus atténué.

Le laryngoscope montre seulement un peu d'épaississement et de rougeur de la muqueuse laryngée et quelques mucosités agglutinant les cordes.

Le 24 octobre, traitement par l'antipyrine. Le 5 novembre, on revoit le malade. Les crises d'ictus ont complètement cessé sans que cependant les lésions laryngées aient subi aucune modification.

OBSERVATION XLVI

Bédos. — Thèse de Paris 1895.

A. P..., 67 ans ; journalier.

Mère morte de cancer ; père mort de maladie inconnue. Ni rhumatisme ; ni goutte ; ni névropathie. Les réflexes rotuliens sont conservés.

Etant jeune (12 ans) a fait une maladie qu'il ne peut qualifier ; il a été tout enflé. Vers 45 ans, coliques de plomb, congestion cérébrale, vers 47 ans, à la suite de coliques de plomb.

Actuellement, est un vieux tousseur, avec de fortes quintes. Il ne se rappelle pas avoir jamais perdu connaissance en toussant, ni avoir fait de chute ; mais au moment de la quinte, sensation de strangulation, avec petit chatouillement laryngé, la figure se décompose, le facies est rouge violacé et souvent il a des étourdissements, des éblouissements, l'obligeant à se cramponner au premier objet venu. Après l'éblouissement ni hébétude, ni malaise.

Il a remarqué qu'il avait des étourdissements depuis sa congestion cérébrale. Auparavant il toussait, mais ne se rappelle pas avoir eu de ces éblouissements.

Depuis sa congestion cérébrale, il a eu à peu près un étourdissement par mois, toujours à propos d'une forte quinte.

A l'auscultation, signes de catarrhe bronchique

OBSERVATION XLVII (Inédite)

Communiquée par le M. Docteur Garel.

Ictus laryngé-Bronchite, chronique-Glycosurie.

M. X..., âgé de 65 ans, habitant une petite ville de la Savoie, vient me consulter le 17 mars 1896, pour de violentes quintes de toux. Ces quintes ont le type de la toux

coqueluchoïde, aussi, je m'empresse de lui demander si parfois les quintes s'accompagnent de perte de connaissance de courte durée. Il me répond, qu'en effet, depuis l'âge de 45 ans, il a eu, à plusieurs reprises des accès d'ictus laryngé. Il est même tombé un certain nombre de fois. Il a toujours un éventail à la main, cela lui permet, dit-il, de prévenir les accès de toux et les ictus. Dans plusieurs circonstances, un rire prolongé a provoqué l'ictus.

Les accès débutent par un chatouillement au niveau du larynx, puis survient une violente quinte de toux, qui se termine par une perte de connaissance de quelques secondes. Pas de secousses dans les membres pendant les crises.

Ce malade est déjà depuis longtemps, atteint de glycosurie. Le sucre s'est élevé jusqu'à 35 gr., mais actuellement il n'existe plus qu'en petite quantité.

A l'examen des poumons, je constate l'existence des râles de bronchite chronique. Je dois ajouter que l'expectoration a été plusieurs fois légèrement teintée de sang. Du côté du larynx, les cordes vocales présentent un bord un peu irrégulier, elles sont rougeâtres. Mais il faut dire que la voix est enrouée depuis l'âge de 20 ans. Les deux fosses nasales sont rétrécies. Le cœur est normal.

Rien à noter du côté des antécédents héréditaires. La syphilis est la seule chose à signaler dans ses antécédents personnels.

Des saisons au Mont-Dore et à La Bourboule n'ont donné aucun résultat.

OBSERVATION XLVIII (Inédite)

Communiquée par M. le Docteur Garel.

Ictus laryngé-Catarrhe et emphysème-Glycosurie.

M. X..., d'Orliénas (Rhône), âgé de 58 ans, se présente à moi, le 12 mai 1896. Depuis 3 ou 4 ans, ce malade prend

tous les hivers de violentes quintes de toux, simulant les quintes de la coqueluche. En me basant sur ce simple renseignement, je lui demande aussitôt si les quintes s'accompagnent parfois de perte de connaissance. Il me répond que 7 ou 8 fois, il lui est arrivé de perdre connaissance en toussant, mais cet accident n'a jamais duré que quelques secondes. L'ictus est toujours survenu quand il était assis et deux fois au lit pendant la nuit. Les crises ont toujours lieu à des intervalles de plusieurs mois. Elles s'annoncent régulièrement par un chatouillement au niveau du larynx. Pendant l'accès, il n'y a pas de convulsion des membres.

Aux poumons, je constate des sibilances des deux côtés et quelques râles plus fixes à la base droite. Il n'y a rien du côté du nez ni du côté du larynx. Dans les urines je trouve un forte quantité de sucre, toutefois, on ne retrouve chez ce malade aucun des signes ordinaires du diabète.

Pas de goutteux dans la famille. Le père est mort à 82 ans d'une attaque avec hémiplegie. La mère est morte d'un catarrhe pulmonaire à 85 ans. Rien dans les antécédents personnels, sauf une hémorragie intestinale, à la suite de vives douleurs dans le ventre. Le malade se plaint d'avoir de temps en temps des douleurs dues aux hémorroïdes.

Lorsque l'examen est terminé, le patient m'avoue qu'il a été traité antérieurement pour des accidents diabétiques.

CONCLUSIONS

1° L'ictus laryngé, dans sa forme la plus commune est constitué par une perte de connaissance, précédée d'un chatouillement laryngé et d'une quinte de toux.

2° Il est quelquefois accompagné de mouvements convulsifs des membres.

3° Il peut exister dans l'épilepsie, et dans les tabes indépendamment des crises laryngées spasmodiques qu'on rencontre dans cette affection.

4° Le plus souvent il apparaît en dehors de toute maladie nerveuse (ictus dit essentiel) mais alors il n'est pas rare de trouver chez le malade qui en est porteur, soit des manifestations arthritiques, soit une affection légère des voies respiratoires.

5° Les maladies organiques graves du larynx peuvent

se terminer par un ictus mortel sans phénomènes asphyxiques, et assez différents par sa symptomatologie des autres variétés d'ictus laryngé.

6° La pathogénie des ictus laryngés est variable, mais ils paraissent relever dans la plupart des cas d'une excitation du laryngé supérieur.

7° Le traitement doit viser à la fois l'excitabilité anormale des centres nerveux et les lésions de l'appareil respiratoire qui sont souvent la cause immédiate de l'ictus.

BIBLIOGRAPHIE

1. — CHARCOT. *Société de biologie*, 1876 ; *Gaz. médicale de Paris*, 1876 ; *Progrès médical*, 1879.
2. — GASQUET. *The Practitioner*, 1878.
3. — KRISHABER. *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx*, 1880 et 1882.
4. — CHERCHEWSKI. *Revue de médecine*, Paris, 1881.
5. — LHOSTE. *Thèse de Paris*, 1882.
6. — GIRAudeau. *Thèse de Paris* 1884.
7. — CHAMBERLAIN. *Proc. conn. méd. soc.* 1882.
8. — LONDON CARTER GRAY. *Amer. Journal of neurology and psych.* 1882.
9. — BIANCHI, *Psychiatria*, Napoli. 1883.
10. — LEFFERTS. *Arch. of laring.* 1883 ; *Méd. News.* 1883.
11. — MAC BRIDE. *Edimb, méd. rev.* 1884.
12. — RUSSEL. *Birmingham méd. rev.* 1884.
13. — MASSEI. *Giorn. internat. delle scienze méd.* 1884.
14. — KNIGHT. *Trans. amer. laryng. assoc.* 1886.
15. — DAUWIN. *Journal de médecine de Paris.* 1887.
16. — WEIL. *Province médicale de Lyon.* 1887 ; *Revue de laryngologie.* 1888.
17. — GAREL. *Revue de laryng.* 1889.
18. — ARMSTRONG. *Medical News.* 1889.
19. — CARTAZ. *Congrès internat. de laryng.* Paris 1889 ; *Arch. de laryng.* 1889.
20. — D'AGUANO. *Arch. italiani de laryng.* 1890.
21. — ROQUER. CASADESUS. *Revue de laring.* Barcelone 1891.
22. — GLEITSMAN. *New-York med. journal.* 1891.
23. — ADLER. *New-York med. journal.* 1892.

24. — NEWCOMB. *New-York med. journal.* 1892.
 25. — PHILIPPS. *Medical News*, Philad. 1892.
 26. — RUAULT. *Journal de médecine de Paris.* 1892.
 27. — GAMAN. *Pesth. méd. chir. Presse.* 1892.
 28. — ODRIQZOLA. *Monitor médical*, Lima 1893.
 29. — ED. KURZ. *Deutsche méd. Woch.* 1893.
 30. — GAREL et COLLET. *Ann. des maladies de l'oreille et du larynx.* 1894.
 31. — LECLERC. *Société des Sciences Médicales de Lyon.* 1894.
 32. — MERKLEN. *Bul. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux.* 1895.
 33. — BÉDOS. *Thèse de Paris.* 1895.
 34. — MUNSCHINA. *Thèse de Paris.* 1885.
 35. — H. BURGER. *Thèse de Fribourg.* 1891.
 36. — FAUVEL. *Traité pratique des maladies du larynx* 1876).
 37. — ISAMBERT. *Conférences cliniques sur les maladies du larynx et des premières voies respiratoires.* 1877.
 38. — SCHWARTZ. *Des tumeurs du larynx.* Thèse d'agrégation. PARIS 1886.
 39. — R. BOTEY. *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.* 1889
 40. — CAILLARD. *Thèse de Paris.* 1891.
-

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	9
CHAPITRE II. — Etiologie.	14
CHAPITRE III. — Symptomatologie	34
CHAPITRE IV. — Pathogénie.	46
CHAPITRE V. — Traitement	53
OBSERVATIONS	57
CONCLUSIONS.	99
BIBLIOGRAPHIE.	101

